



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL MIGLIORAMENTO DELLA  
QUALITÀ DI VITA DELLA PERSONA AFFETTA DA  
SCHIZOFRENIA IN AMBITO TERRITORIALE**

Relatore: prof. Luciano Liziero

Corelatore: dott.ssa Stefania Fortin

Laureanda: Anna Fortin

Matricola: 1072522

ANNO ACCADEMICO 2015-2016

## INDICE

Abstract.....	3
INTRODUZIONE .....	5
CAPITOLO 1 .....	7
1.1 La schizofrenia: malattia cronica invalidante .....	7
1.2 Gli antipsicotici: definizione, storia, principali classificazioni, proprietà terapeutiche.....	10
1.3 La persona che assume terapia depot.....	14
1.4 Ambito psichiatrico territoriale: il Centro di Salute Mentale (CSM) .....	16
1.5 L'infermiere psichiatrico .....	17
1.6 Aderenza terapeutica e compliance: significati e differenze .....	19
CAPITOLO 2 .....	23
2.1 Fonti dei dati, parole chiave, stringhe di ricerca .....	23
2.2 Quesiti di ricerca .....	23
2.3 Metodo P.I.O.....	24
2.4 Criteri di selezione .....	25
CAPITOLO 3 .....	27
3.1 Risultati della ricerca .....	27
3.1.1. Articoli selezionati.....	27
3.2 Sintesi dei risultati .....	65
CAPITOLO 4 .....	67
4.1 Discussione .....	67
4.2 Implicazioni per la pratica .....	71
4.3 Limitazioni.....	73
CONCLUSIONI .....	77
BIBLIOGRAFIA .....	79
Allegati .....	85



## Abstract

**Background:** La schizofrenia, disturbo mentale caratterizzato da un'alterata percezione della realtà, riduce il grado di insight, ovvero la consapevolezza dell'individuo di essere malato; questo fa sì che l'84% delle persone che soffrono di questo problema interrompa il proprio trattamento farmacologico. Considerando che tale patologia richiede l'assunzione continuativa di farmaci per un lungo periodo di tempo, circa il 40-50% delle persone affette da schizofrenia diventa non compliant.

**Obiettivo:** Obiettivo della ricerca è identificare strategie educative infermieristiche applicabili in un contesto assistenziale territoriale, capaci di migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei suoi familiari, mediante un aumento del funzionamento globale e del grado di compliance farmacologica, una riduzione del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri e una diminuzione del livello di burden dei familiari/caregivers.

**Strategie di ricerca:** Per la stesura del presente lavoro, è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno delle seguenti banche dati internazionali: Chocrane Library (il materiale è stato reperito all'interno delle sezioni Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Review-“Mental Health”), Elsevier, Pubmed, applicando precisi criteri di selezione.

**Risultati:** La ricerca in letteratura ha permesso di individuare 14 studi appartenenti alla letteratura primaria, secondaria e terziaria. In base ai risultati emersi dall'analisi dei documenti selezionati, la letteratura suggerisce i seguenti ambiti d'intervento: psicoeducazione, esercizi di autoefficacia, monitoraggio.

**Conclusioni:** La ricerca in letteratura ha permesso di individuare strategie educative infermieristiche utili a migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei suoi familiari in ambito territoriale; si tratta di interventi che trovano riscontro nella realtà clinica del territorio indagato.



## INTRODUZIONE

Alla base di questo lavoro vi è un'esperienza di tirocinio svoltasi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) e il Day Hospital psichiatrico, a partire dalla quale è nato un crescente interesse per il ruolo assolto dall'infermiere nell'ambito della salute mentale, in particolar modo nella presa in carico della persona affetta da psicosi schizofrenica e della sua famiglia.

Il confronto con il personale sanitario e, soprattutto, il rapporto diretto con pazienti e caregivers, ha rivelato il potere pregiudizievole e gravemente lesivo esercitato dalle patologie psichiatriche sulla qualità di vita non solo della persona malata, ma dell'intero nucleo familiare.

Stando ai dati riportati nel sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la schizofrenia è un disturbo che interessa circa 21 milioni di persone nel mondo; coloro che ne soffrono, hanno un rischio di morte precoce di 2-2,5 volte superiore alla popolazione generale ([www.who.int](http://www.who.int).) Essa ha un'incidenza pari a 0,011-0,069% di nuovi casi all'anno, e presenta una prevalenza pari all'1,1-1,5% (circa 51 milioni di persone in tutto il mondo soffrono di schizofrenia) (Macleod, Elliott, & Brown, 2011a; Spina, Canonico, & de Bartolomeis, 2015).

Per questa ragione, questo lavoro intende innanzitutto indagare in che modo l'infermiere di salute mentale può migliorare la qualità di vita della persona affetta da psicosi schizofrenica e dei suoi familiari, all'interno dell'ambito assistenziale territoriale (ambulatoriale o domiciliare). Tale scelta riflette un rinnovato interesse nutrito dalle istituzioni sanitarie nei confronti di quello che oggi viene considerato il “vero luogo di cura” del paziente: il suo contesto di vita.

In secondo luogo, questa tesi cerca di appurare se esiste una correlazione tra l'efficacia delle strategie educative infermieristiche messe in atto sul territorio e i vantaggi derivanti dall'azione farmacologica delle sostanze assunte dal paziente, con particolare riferimento ai farmaci antipsicotici long acting di seconda generazione.

Il primo capitolo fornisce informazioni essenziali riguardanti la schizofrenia, il paziente schizofrenico, i farmaci antipsicotici e il ruolo dell'infermiere di salute mentale all'interno

del Centro di Salute Mentale (CSM), organo principale del Dipartimento di Area di Salute Mentale (DASM), a cui fa capo la gestione dell'assistenza infermieristica territoriale.

Il secondo capitolo spiega in che modo è stata condotta la ricerca in letteratura, elencando le banche dati consultate, le stringhe di ricerca utilizzate e i quesiti di ricerca (uno di background e uno di foreground) a partire dai quali sono stati raccolti tutti i dati citati.

Il terzo capitolo fornisce una sintetica ma il più possibile esaustiva rassegna degli studi selezionati, utili ad indagare più approfonditamente i temi attorno ai quali è costruito l'intero lavoro.

Il quarto ed ultimo capitolo contiene un confronto critico delle diverse evidenze scientifiche, per offrire una lettura il più possibile obiettiva ed attendibile dei risultati ottenuti.

# CAPITOLO 1

## 1.1 La schizofrenia: malattia cronica invalidante

La schizofrenia, patologia mentale appartenente alla famiglia delle “psicosi” (insieme di disturbi che presentano, quale carattere distintivo, la mancata aderenza al reale) viene descritta come disordine neuropsichiatrico caratterizzato da anormali percezioni ed espressioni della realtà (Okpokoro, Adams, & Sampson, 2014; Tatarelli, 2009).

Nonostante le numerose ipotesi, l'eziologia e la patogenesi della schizofrenia rimangono ancora in gran parte sconosciute; si ritiene opportuno precisare che in questa sede non si entra nel merito di ciascuna tesi, bensì ci si limita a segnalare che l'eterogeneità del quadro clinico e sintomatico è tale che nessun singolo fattore eziologico può spiegare interamente l'insorgere della malattia. Oggi, comunque, si tende a considerare la schizofrenia come malattia poligenica e multifattoriale, con manifestazioni sintomatologiche polimorfe tali da implicare possibili alterazioni del neurosviluppo, e caratterizzata da fasi di remissione e frequenti ricadute (Spina et al., 2015; Tatarelli, 2009).

L'esordio schizofrenico è solitamente piuttosto precoce: si verifica durante l'adolescenza o nella prima età adulta, indicativamente tra i 18 e i 28 anni; può essere improvviso oppure preceduto da un periodo in cui la persona tende progressivamente a chiudersi in sé stessa, interessandosi sempre meno al mondo circostante. Un segno premonitore di malattia è il verificarsi di un graduale isolamento: colui che inizia a soffrire di schizofrenia riduce la propria vita sociale, sino ad arrivare alla perdita del lavoro o all'interruzione degli studi (www.epicentro.iss.it.; Lafeuille et al., 2013; Okpokoro et al., 2014).

Un aspetto importante ai fini di questo studio riguarda il modo in cui si esprime la malattia: esso è fortemente influenzato dalle esperienze personali del soggetto, nonché dal rapporto che egli intrattiene con l'ambiente fisico circostante, con la famiglia, con la società (Tatarelli, 2009).

Per questa ragione, il presente lavoro cerca di individuare possibili strategie educative infermieristiche rivolte al paziente e ai suoi familiari/cargivers, utili ad attuare una presa in carico globale dei bisogni di salute espressi all'interno del contesto di vita della persona affetta da psicosi schizofrenica.



Si fornisce ora una breve descrizione della patologia, elencando le principali classificazioni elaborate a partire dal XX secolo sino ai giorni nostri, dando vita ad una sintetica time-line dell'evoluzione storica della malattia.

Emil Kraepelin (1856-1926), psichiatra tedesco, dà la prima definizione di schizofrenia, denominandola *dementia praecox*, per sottolineare il precoce deterioramento a cui va incontro la personalità del paziente (Pancheri, 2007; Tatarelli, 2009).

Eugen Bleuler (1857-1939), psichiatra svizzero, conia il termine “schizofrenia” utilizzando due termini greci, “schizein” (dividere, separare) e “phren” (mente). Contrariamente al medico tedesco, Bleuler ritiene che le persone affette da schizofrenia non vadano incontro a demenza, bensì ad una sorta di dissociazione/scissione tra le diverse funzioni psichiche, per cui l'individuo è vittima di una disgregazione della personalità (Pancheri, 2007; Tatarelli, 2009).

Kurt Schneider (1887-1967), psichiatra tedesco, ipotizza l'esistenza di una malattia somatica all'origine della patologia psicotica; egli distingue i sintomi in due categorie: sintomi di prim'ordine (eco del pensiero, allucinazioni uditive, esperienze di influenzamento somatico, furto del pensiero, deliri), necessari per fare diagnosi di schizofrenia; e sintomi di second'ordine (intuizione delirante, appiattimento affettivo, alterazioni del tono dell'umore), di frequente riscontro diagnostico ma non sempre presenti (Tatarelli, 2009).

L'International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem (ICD-10), attuale sistema di classificazione delle sindromi e dei disturbi psichiatrici e comportamentali proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce la schizofrenia una malattia caratterizzata da alterazioni del pensiero e della percezione, e da un'affettività inappropriata o appiattita. La persona che soffre di schizofrenia ha una coscienza intatta e capacità intellettive solitamente inalterate, sebbene, con il passare del tempo e con l'aggravarsi della patologia, possano insorgere dei deficit cognitivi (Tatarelli, 2009).

La più recente edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V), edita in Italia nel 2014 (Biondi & Cortina, R., 2014), parla di “disturbi dello spettro della schizofrenia” elencando diversi tipi di disturbi (delirante, psicotico breve, schizofreniforme, schizoaffettivo, disturbo psicotico indotto da sostanze, disturbo psicotico dovuto ad una condizione medica, catatonia), che si distinguono tra loro per

esordio e sintomatologia prevalente; in questa sede si discute la schizofrenia intesa in senso lato, senza entrare nel merito di ciascun disturbo patologico. La ragione che sta alla base di questa scelta è il rimanere fedeli all'obiettivo di ricerca, ossia indagare quali interventi l'infermiere psichiatrico territoriale può mettere in atto per migliorare la qualità di vita di tutte le persone che sono affette da psicosi schizofrenica.

Quest'ultima classificazione fornisce una distinzione clinica dei sintomi della schizofrenia, suddividendoli in tre macro categorie:

1. sintomi positivi (ossia sintomi “produttivi”, che si manifestano in maniera evidente e producono atteggiamenti insoliti; fanno parte di questa categoria le allucinazioni e i deliri) (Biondi & Cortina, R., 2014; Tatarelli, 2009; Won, Lee, Lee, & Choi, 2012);
2. sintomi negativi (ovvero sintomi che coinvolgono la sfera interiore della persona, che alterano la dimensione umorale, caratteriale e spirituale dell'individuo; essi sono povertà dell'eloquio, appiattimento affettivo, apatia, avolizione, anedonia, isolamento sociale) (Biondi & Cortina, R., 2014; Tatarelli, 2009; Won et al., 2012);
3. sintomi di tipo disorganizzato (ossia alterazioni della forma del pensiero, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato e incongruità affettiva) (Biondi & Cortina, R., 2014; Tatarelli, 2009; Won et al., 2012).

Esistono diverse tipologie di trattamento utili per affrontare questa grave malattia, tra le quali spicca l'utilizzo di farmaci specifici, gli antipsicotici; queste sostanze hanno la capacità di inibire i sintomi, aiutando la persona malata e la sua famiglia a raggiungere stati di salute e di qualità della vita migliori.

La loro somministrazione rappresenta uno degli interventi infermieristici principali all'interno dell'ambito della salute mentale, sia in ambito ospedaliero che territoriale (essa può avvenire sia in ambulatorio sia a domicilio); in questa tesi, l'assunzione della terapia antipsicotica (soprattutto di farmaci long acting di seconda generazione) viene considerata un presupposto necessario per garantire l'efficacia di possibili interventi educativi infermieristici volti ad aumentare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

Per questa ragione, si ritiene opportuno proseguire fornendo alcune informazioni utili a descrivere, seppur in maniera sintetica e generale, le principali caratteristiche di questi agenti farmacologici.

## **1.2 Gli antipsicotici: definizione, storia, principali classificazioni, proprietà terapeutiche**

I farmaci antipsicotici, conosciuti anche come “neurolettici”, sono sostanze in grado di intervenire sulla sintomatologia della psicosi schizofrenica, riducendo i comportamenti eccessivi e attenuando l'appiattimento affettivo (Cella, S.G. a cura di, 2010).

La loro scoperta risale agli anni Quaranta, periodo in cui viene scoperta l'efficacia antipsicotica della clopromazina (AA.VV., 2008), sostanza appartenente alla famiglia delle fenotizaine, un gruppo di composti organici che presentano proprietà antipsicotiche ed antistaminiche (Cella, S.G., 2010); la clopromazina viene impiegata per la prima volta nell'ambito della salute mentale negli anni Cinquanta, e presto diventa il nuovo farmaco di punta nella gestione di diversi disturbi psichiatrici. Immessa sul mercato con il nome commerciale di Largactil, la clopromazina rappresenta il primo esempio di antipsicotico “tipico” o “convenzionale”, capostipite della classe degli antipsicotici “di prima generazione” (AA.VV., 2008; Park et al., 2013).

Gli antipsicotici di prima generazione, o tipici, sono sostanze antagoniste dei recettori D<sub>2</sub> del neurotrasmettitore dopamina (AA.VV., 2008; Saladin, 2011).

I recettori della dopamina sono cinque, e sono suddivisi in due gruppi: i recettori D<sub>1</sub> e D<sub>5</sub> costituiscono il primo gruppo; i recettori D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub> formano il secondo gruppo (Cella, S.G., 2010). Negli anni Sessanta, nel tentativo di trovare una spiegazione plausibile all'insorgenza della schizofrenia, viene formulata l'ipotesi dopaminergica, secondo la quale la schizofrenia deriverebbe da una iperattivazione del sistema dopaminergico (Cella, S.G., 2010).

Secondo tale ipotesi, i recettori appartenenti al secondo gruppo (D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>) sarebbero responsabili dell'insorgere dei sintomi psicotici: la loro stimolazione, infatti, promuoverebbe l'esacerbazione dei sintomi schizofrenici (Cella, S.G., 2010).

In linea generale, il termine “antagonista” indica una sostanza chimica capace di interagire con un determinato recettore, occupandolo, senza però determinarne

l'attivazione (Cella, S.G., 2010). I farmaci antipsicotici, in qualità di sostanze antagoniste, “occupano” i siti recettoriali destinati alla dopamina, impedendo a quest'ultima di interagire con i propri recettori, senza permettere a questi di attivarsi.

Tuttavia, l'assunzione di antipsicotici di prima generazione provoca effetti collaterali rilevanti: il blocco dopaminergico dà origine a reazioni extrapiramidali (distonie acute, acatisia, parkinsonismo, discinesia tardiva) e ad alterazioni del movimento (Cella, S.G., 2010; Tatarelli, 2009).

La maggior parte delle reazioni extrapiramidali possono essere attenuate farmacologicamente attraverso l'utilizzo di farmaci muscarinici anticolinergici; tuttavia, l'uso di queste sostanze provoca ulteriori effetti collaterali come, ad esempio, la sedazione (Cella, S.G., 2010).

Negli anni Settanta, grazie al progredire della ricerca, si sintetizza una nuova classe di antipsicotici: gli “atipici” o di “seconda generazione” (Spina et al., 2015).

Gli antipsicotici di seconda generazione risultano più tollerabili rispetto ai precedenti, in quanto meno propensi a far insorgere problemi di tipo motorio (Park et al., 2013); tuttavia, la loro assunzione può essere associata ad aumento di peso, dislipidemia, diabete e altri fattori di rischio cardiaci (Laursen et al., 2014).

Il primo antipsicotico atipico è la clozapina, sintetizzata negli anni Settanta e ritirata dal mercato nel 1975 perché nel 2-3% dei pazienti provoca una grave forma di agranulocitosi; successivamente, la Food and Drug Administration acconsente al suo reinserimento sul mercato con la precisa indicazione di utilizzarla solo nel trattamento di pazienti refrattari agli altri antipsicotici, ma con l'obbligo di monitorare frequentemente la crasi ematica (AA.VV., 2008; Park et al., 2013). La clozapina rappresenta il prototipo per la realizzazione dei successivi antipsicotici di seconda generazione, che vengono realizzati negli anni Novanta: essi hanno proprietà simili alla clozapina, ma non mostrano la tendenza a causare agranulocitosi (Park et al., 2013).

Gli antipsicotici di seconda generazione si differenziano da quelli di prima generazione per una minore attività antidopaminergica (con la conseguente riduzione del rischio di effetti collaterali di natura extrapiramidale e motoria), e per una maggiore affinità, in veste di antagonisti, per i recettori 5HT<sub>2A</sub> del neurotrasmettitore serotonina (Cella, S.G., 2010).

Nella realtà clinica, i farmaci antipsicotici vengono utilizzati per la gestione di numerose patologie psichiatriche:

- schizofrenia
- disturbo schizofreniforme
- disturbo schizoaffettivo
- disturbo bipolare con sintomi psicotici o mania
- disturbo delirante
- depressione con sintomi psicotici
- disturbo psicotico indotto da sostanze o da malattia organica generale

Data la considerevole vastità d'uso di queste sostanze e le differenze che intercorrono tra i diversi disturbi, si precisa che in questa sede si prende in considerazione l'impiego di farmaci antipsicotici (con particolare attenzione per quelli di seconda generazione, nella loro formulazione long acting), nel trattamento della sola schizofrenia. Tale scelta è dovuta a due ragioni: in primo luogo, si vuole evitare di compiere un lavoro eccessivamente vasto, correndo il rischio di ottenere risultati superficiali e parziali nel vano tentativo di trattare ciascuna malattia con la dovuta attenzione; in secondo luogo, dato il peso rivestito dalla schizofrenia quale patologia altamente invalidante, si ritiene opportuno concentrarsi esclusivamente sul suo trattamento, utile a ridurre le gravi ripercussioni sul piano umano, clinico ed economico (AA.VV., 2008; Pancheri, 2007).

Nella gestione della schizofrenia, le principali finalità dell'intervento farmacologico si possono riassumere nella remissione dell'episodio psicotico in fase acuta, nonché nella prevenzione delle ricadute e della cronicizzazione del disturbo (Spina et al., 2015).

Stando alla letteratura, e alla personale esperienza maturata durante il periodo di tirocinio, le formulazioni di antipsicotici attualmente disponibili sono due: orale e iniettabile, ed entrambe possono essere prescritte in forma long acting, ovvero a rilascio prolungato; essa permette intervalli di tempo più lunghi tra un'assunzione e l'altra.

La tabella sottostante (Tabella 1) presenta in maniera schematica le informazioni essenziali riguardo gli antipsicotici.

Tabella 1 – Informazioni essenziali riguardo gli antipsicotici (AA.VV., 2008; Geerts, Martinez, & Schreiner, 2013; Pancheri, 2007; Tatarelli, 2009)

<b>Antipsicotici di I° generazione</b>	<b>Antipsicotici di II° generazione</b>
<b>Tipologia di formulazione disponibile:</b> orale; iniettabile	<b>Tipologia di formulazione disponibile:</b> orale; iniettabile
<b>Via di somministrazione:</b> enterale; parenterale (intramuscolo)	<b>Via di somministrazione:</b> enterale; parenterale (intramuscolo)
<b>Frequenza di somministrazione:</b> quotidiana 1 volta ogni 2 settimane; 1 volta ogni 3 settimane; 1 volta ogni 4 settimane	<b>Frequenza di somministrazione:</b> quotidiana 1 volta ogni 2 settimane; 1 volta ogni 3 settimane; 1 volta ogni 4 settimane
<b>Proprietà terapeutiche:</b> trattamento della sintomatologia psicotica <u>positiva:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deliri</li> <li>• allucinazioni</li> </ul>	<b>Proprietà terapeutiche:</b> trattamento della sintomatologia psicotica <u>negativa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• appiattimento/ottundimento dell'affettività</li> <li>• povertà di linguaggio</li> <li>• blocco mentale</li> <li>• scarsa cura di sé</li> <li>• mancanza di motivazione</li> <li>• anedonia</li> <li>• isolamento sociale</li> <li>• deficit cognitivi</li> <li>• povertà/disorganizzazione del pensiero e del comportamento)</li> </ul>
<b>Principali effetti collaterali</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento della massa corporea superiore al 7%</li> <li>• Sedazione</li> <li>• Effetti collaterali metabolici (diabete, ipercolesterolemia, dislipidemia)</li> <li>• Effetti collaterali sessuali (disfunzioni sessuali)</li> <li>• Effetti collaterali extrapiramidali (discinesia tardiva)</li> </ul>	

Data la particolare importanza attribuita in questa tesi al ruolo svolto dagli antipsicotici long acting nella cura delle persone affette da psicosi schizofrenica, si è ritenuto opportuno trattare separatamente questo tipo di farmaci, riportandone, in maniera semplice e chiara, quelle che la letteratura individua come principali caratteristiche (Tabella 2).

Tabella 2 – Principali caratteristiche farmaci antipsicotici long acting

Caratteristiche dei farmaci antipsicotici long acting iniettabili					
	Prima generazione		Seconda generazione		
Farmaco	Aloperidolo Decanoato	Flufenazina Decanoato	Risperidone microsfe	Paliperidone Palmitato	Olanzapina Pamoato
Meccanismo di rilascio	Profarmaco: idrolisi dalle esterasi	Profarmaco: idrolisi dalle esterasi	Microsfere: diffusione ed erosione	Profarmaco: idrolisi dalle esterasi	Dissociazione in olanzapina e acido pamoico
Frequenza di somministrazione	Una volta ogni 4 settimane	Una volta ogni 2-4 settimane	Una volta ogni 2 settimane	Una volta ogni 4 settimane	Una volta ogni 2-4 settimane
Modalità di conservazione	Temperatura ambiente (15°-30°C)	Temperatura ambiente (15°-30°C)	2°-8°C	Temperatura ambiente (15°-30°C)	Temperatura ambiente (15°-30°C)

Alla luce di quanto detto sinora, risulta chiaro il motivo per cui si è deciso di prestare particolare attenzione all'utilizzo di antipsicotici depot di seconda generazione nel trattamento di persone affette da psicosi schizofrenica: essi presentano alcuni vantaggi che potrebbero influire positivamente sulla qualità di vita del paziente che li assume, qualora fossero accompagnati da strategie educative efficaci. È sulla base di questa premessa che si ritiene opportuno fornire alcune informazioni riguardanti il profilo del paziente-tipo a cui, di norma, vengono prescritti e somministrati farmaci antipsicotici long acting iniettabili.

### 1.3 La persona che assume terapia depot

La maggior parte dei documenti fornisce una sorta di identikit del paziente-tipo a cui, di norma, vengono prescritti e somministrati farmaci antipsicotici depot: si tratta di persone che presentano una scarsa o nulla compliance terapeutica, che hanno alle spalle una lunga storia di ricadute e riospedalizzazioni e che, a causa della loro scostanza nell'assumere la terapia orale, possono diventare pericolose per se e per gli altri (Besenius, Clark-Carter, & Nolan, 2010). Questo profilo è riportato in diversi studi che indagano i motivi che inducono i medici a prescrivere questo genere di sostanze; tra le ragioni che portano all'impiego di formulazioni depot spicca la bassa (o nulla) compliance, seguita dalla

necessità di porre un limite alla serie di riospedalizzazioni vissute dal paziente e dall'importanza di evitare atti auto od eterolesivi (Correll, 2014; Llorca et al., 2013).

E' altresì vero che gli antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione possono essere impiegati anche per quelle persone malate, sprovviste di un adeguato supporto sociale, oppure che presentano disturbi legati all'abuso di sostanze, o che, a seguito di una rapida guarigione dal loro primo episodio psicotico, ritengono di non dover più assumere la terapia (Correll, 2014).

Di recente, però, lo studio realizzato da P.M. Llorca *et al* (2013) parla di un'altra tipologia di pazienti eleggibili a questo tipo di trattamento, oltre a quelli che rispondono al classico profilo del paziente a cui solitamente vengono proposte formulazioni depot: si tratta di individui che hanno una buona consapevolezza della propria malattia, che sono complianti e che hanno instaurato un'alleanza terapeutica solida con il team sanitario. Per queste persone l'utilità dei depot non consiste in un miglioramento della compliance, bensì in un miglioramento della qualità di vita derivante dal non dover assumere quotidianamente sostanze per via orale (Llorca et al., 2013; Samalin, Charpeaud, Blanc, Heres, & Llorca, 2013).

In questa tesi si pone l'attenzione sulla persona affetta da schizofrenia in terapia con farmaci antipsicotici depot, senza operare una netta distinzione tra coloro che seguono tale trattamento perché poco complianti, oppure a seguito di una precisa scelta personale: l'obiettivo è quello di proporre interventi infermieristici ad ampio raggio, che giovino a tutte le persone che soffrono di questa grave patologia.

Tuttavia, si ritiene opportuno ribadire che gli interventi infermieristici educativi presi in esame in questa sede si svolgono esclusivamente all'interno di un contesto assistenziale territoriale, che vede nell'ambiente ambulatoriale e domiciliare i settings principali in cui il professionista sanitario agisce, in collaborazione con il paziente.

Nel paragrafo successivo si forniscono alcune informazioni riguardanti la centrale operativa territoriale del Dipartimento di Area di Salute Mentale: il Centro di Salute Mentale (CSM), quale responsabile dell'assistenza erogata sul territorio.



#### **1.4 Ambito psichiatrico territoriale: il Centro di Salute Mentale (CSM)**

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è un servizio facente parte del Dipartimento di Area di Salute Mentale (DASM), realtà sanitaria che racchiude in sé diverse strutture integrate tra loro, al fine di accogliere, curare e riabilitare le persone affette da disagi o disturbi psichici.

Il CSM costituisce di per sé un la “porta d'ingresso” al DASM: esso è il luogo di “primo contatto” tra l'utente, la sua famiglia e il personale sanitario; rappresenta l'area territoriale del dipartimento, il centro di coordinamento delle attività di presa in carico ambulatoriale e domiciliare, ed è il luogo in cui vengono pensati ed attuati i progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati che poi vengono messi in atto all'interno dei diversi servizi, per rispondere ai molteplici bisogni di salute della persona.

Stando al D.P.R. (Decreto del Presidente della Repubblica) del 14 gennaio 1997, documento in cui si elencano i requisiti strutturali e tecnologici delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale, e dove si identificano i requisiti minimi che ogni servizio di salute mentale deve possedere, il CSM è caratterizzato da (Supplemento ordinario n° 37 alla gazzetta ufficiale n° 42 - 20/02/1997.20 febbraio 1997; Raucci & Spaccapeli, 2013):

- presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura;
- presenza di altre figure professionali in relazione alla popolazione del territorio servito;
- apertura prevista 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana;
- organizzazione di attività a livello territoriale;
- funzione di collegamento con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e con altre strutture per la tutela della salute mentale.

Il Centro di Salute Mentale assicura i seguenti interventi (Raucci & Spaccapeli, 2013):

- trattamenti psichiatrici e psicoterapici, interventi sociali, inserimenti dei pazienti nei centri diurni, day hospital e strutture residenziali;
- coordinamento delle necessità di ricoveri sia in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ovvero il reparto per acuti) sia in altre unità operative ospedaliere;
- attività diagnostiche attraverso visite psichiatriche e colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi

nell'ottica di un approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;

- attività di raccordo con i medici di medicina generale per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per il counselling, durante l'orario di apertura;
- consulenza specialistica per servizi di confine (alcolismo, tossicodipendenza, ecc...), nonché per le strutture residenziali per anziani e disabili;
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura psichiatriche private accreditate, ai fini di assicurare la continuità terapeutica;
- valutazione, ai fini del miglioramento continuo, della qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Dopo questa breve panoramica sull'attuale struttura dei servizi sanitari psichiatrici territoriali, nel prossimo paragrafo si presenta la figura dell'infermiere di salute mentale, fornendo alcune informazioni sull'evoluzione storica di tale professione, sui compiti principali che è chiamata a svolgere e sulle diverse modalità di attuarli.

## **1.5 L'infermiere psichiatrico**

Negli anni Ottanta la figura dell'infermiere psichiatrico diventa responsabile della prevenzione, cura e riabilitazione della persona affetta da malattia mentale. Riappropriandosi di quegli spazi di autonomia che gli competono, l'infermiere psichiatrico abbandona un fare custodialistico, per adottare un nuovo modo di agire sul piano professionale, basato sulla collaborazione e sulla pianificazione dell'assistenza. Nell'ambito della salute mentale, la presa in carico del paziente è un'attività coordinata non da una singola figura, bensì da un'equipe multiprofessionale che, in maniera corale, crea una rete di interventi utile ad attuare una presa in carico più articolata e completa. L'infermiere, in psichiatria, espleta il proprio lavoro in luoghi ed aree differenti, sia istituzionali che sociali, ricoprendo il ruolo di mediatore tra l'ambito clinico, la comunità ed il paziente (Raucci & Spaccapeli, 2013).

Insieme allo psichiatra, l'infermiere è l'operatore che, per formazione, è in grado di assicurare la salute nella sua triplice dimensione (biologica, psicologica e sociale),

occupandosi quindi degli aspetti specifici della salute mentale ma anche degli altri, quelli che più comunemente vengono definiti “organici”. Inoltre, egli possiede le competenze per occuparsi anche di altri ambiti trasversali, tra i quali spicca quello dell'accoglienza, un processo influenzato da rapporti interpersonali, dalle informazioni, dal comfort ambientale e dall'organizzazione del lavoro (Raucci & Spaccapeli, 2013).

L'infermiere psichiatrico del CSM è colui che maggiormente intrattiene relazioni con i pazienti, ed è al contempo responsabile della gestione e della somministrazione ambulatoriale e domiciliare della terapia iniettabile long acting. Si tratta di un ruolo complesso, che richiede professionalità e competenze tecniche, relazionali ed educative. L'atto della somministrazione del farmaco depot rappresenta un momento in cui il professionista sanitario è chiamato a spendere tutte le proprie capacità per attuare correttamente la procedura di somministrazione (come, ad esempio, saper scegliere la sede corporea più adatta, attuare interventi che allevino il dolore e la sensazione di disagio del paziente); per far ciò, è necessario che il professionista sia a conoscenza dei meccanismi psicopatologici che stanno alla base del disturbo, delle proprietà terapeutiche degli antipsicotici long acting e degli effetti collaterali che possono eventualmente insorgere.

È inoltre essenziale che l'infermiere sia capace di instaurare una relazione terapeutica con l'assistito, per cogliere eventuali segni di disagio o preoccupazione ed indagare aspettative e desideri.

Nell'agire professionale, l'infermiere psichiatrico territoriale è chiamato quotidianamente a mettere in atto quelle che sono le peculiarità del nursing psichiatrico (accoglienza, presa in carico, continuità terapeutica, progetto terapeutico, follow-up e multiprofessionalità); ogni qual volta egli somministra la terapia (anche depot), in ambito ambulatoriale o domiciliare, non si deve limitare alla mera esecuzione dell'atto tecnico, ma deve effettuare attento esame del paziente (le sue condizioni fisiche, psicologiche, sociali e relazionali) e del contesto di vita (condizioni dei familiari o dei caregivers, stato di ordine presente nell'ambiente, eventuali problemi di natura economica o lavorativa, ecc...) (Tatarelli, 2009).

Ecco quindi che, sulla base di quanto detto sinora, si è ritenuto opportuno indagare quali sono gli interventi che l'infermiere può mettere in atto per migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia, in terapia con depot.

Durante la fase di raccolta dei documenti, è emerso però un dato piuttosto significativo: nella maggior parte degli studi riguardanti l'assistenza alla persona affetta da psicosi schizofrenica, due termini, “adherence” e “compliance”, vengono utilizzati come sinonimi.

Tra gli outcomes presi in considerazione per definire il concetto di “qualità di vita” in questa tesi, vi è quello riguardante il raggiungimento e mantenimento di un livello sufficiente di compliance farmacologica. Compliance e aderenza sono due concetti affini ma non identici (Tatarelli, 2009).

Nel prossimo paragrafo, si desidera fornire qualche delucidazione circa il significato attribuito ai due termini in questa sede.

## **1.6 Aderenza terapeutica e compliance: significati e differenze**

Roberto Tatarelli, nel suo manuale di psichiatria e salute mentale, fornisce chiare definizioni delle due parole: “compliance” indica la capacità di un paziente di eseguire fedelmente la terapia prescrittagli; “aderenza terapeutica”, invece, indica il grado di consapevole adesione del paziente ad un piano terapeutico concordato con il clinico e la sua effettiva attuazione (Tatarelli, 2009).

Come è stato precedentemente segnalato, oggi, in letteratura, i due termini presentano significati identici, e gli studi centrati su questi concetti riportano risultati analoghi, in quanto ambedue costituiscono dei predittori di outcomes di salute favorevoli (Tatarelli, 2009).

In questo studio, al concetto di compliance (terapeutica o farmacologica) si attribuisce il significato proprio del termine “compliance”, ovvero capacità di un paziente di eseguire fedelmente la terapia prescrittagli.

La non compliance è associata ad un alto tasso di recidive e ripetuti ricoveri sia nell'ambito delle malattie mentali che organiche; essa influisce negativamente sul decorso della malattia e sugli esiti di salute del paziente, aumentando il rischio di recidive, riammissioni ospedaliere e di burden familiare.

Nelle malattie psichiatriche, la compliance è ridotta rispetto alle malattie organiche, soprattutto a causa della riduzione di insight, una diminuzione della consapevolezza del

paziente di essere malato o di dover necessariamente seguire un regime terapeutico (Tatarelli, 2009).

La non compliance farmacologica è un fenomeno che colpisce circa il 41%-50% delle persone affette da schizofrenia, ed è un fattore predittivo del rischio di recidive e di ricoveri, tanto che i pazienti non aderenti hanno un rischio 5 volte superiore di riacutizzazioni di malattia rispetto a coloro che assumono regolarmente la terapia (Petretto et al., 2013).

I motivi per cui una persona non riesce ad essere compliant possono essere i seguenti (Tatarelli, 2009):

- dimenticanza nell'assumere regolarmente i farmaci (questo rischio aumenta se il piano terapeutico è complesso);
- mancanza di fiducia nei confronti dei professionisti sanitari;
- esperienze spiacevoli in passato rispetto alla terapia prescritta;
- delusione per quanto riguarda i risultati attesi.

Nei disturbi psicotici, specie nella schizofrenia, i fattori di rischio che possono causare una scarsa/nulla compliance sono (Tatarelli, 2009):

- basso livello di insight del paziente, inteso come scarsa/nulla consapevolezza dei sintomi della malattia e della necessità di assumere un trattamento;
- effetti collaterali della terapia antipsicotica (in particolar modo disturbi del movimento, incremento ponderale e disturbi metabolici, presenti con le vecchie fenotiazine ma spesso associati anche ai nuovi antipsicotici);
- scarsa conoscenza della patologia, associata a convinzioni errate del paziente sui farmaci antipsicotici;
- gravità della sintomatologia;
- gravità delle disfunzioni cognitive.

Per aiutare la persona affetta da schizofrenia a raggiungere e mantenere livelli di compliance migliori, i professionisti sanitari possono agire su alcuni fattori (Matsuda & Kohn, 2016; Tatarelli, 2009):

- informazioni sui meccanismi della malattia e della terapia;
- livello di comprensione/insight riguardo la patologia;
- livello di comprensione/insight riguardo la necessità dover seguire un regime terapeutico;

- buona alleanza terapeutica, basata su stima e fiducia tra le parti in causa (clinico e paziente).

Stando a quanto detto sinora, il clinico può aumentare la compliance del paziente assumendo atteggiamenti collaborativi, mostrandosi disponibile ad informare paziente e familiari sulla malattia e sulla terapia, ed aiutandoli ad avere più fiducia nel trattamento sanitario proposto (Tatarelli, 2009).

Come si è visto, la farmacoterapia è un intervento terapeutico importante nella gestione della schizofrenia: il raggiungimento e mantenimento di un buon livello di compliance terapeutica garantisce una prognosi più favorevole, riducendo il rischio di riacutizzazioni e di ricoveri, entrambi fattori che aumentano in maniera considerevole il livello di burden dei caregivers, e diminuiscono la qualità di vita dell'intero nucleo familiare (Petretto et al., 2013).

Come si vedrà in seguito, la letteratura suggerisce che le formulazioni long acting possono migliorare la compliance grazie ad un maggiore controllo da parte dei professionisti sanitari e dei familiari sul comportamento del paziente, ma non influiscono in alcun modo sull'aderenza terapeutica (Tatarelli, 2009).

Vi sono numerose evidenze che sottolineano come la sola somministrazione della terapia antipsicotica, anche in formulazione depot, non garantisca al paziente il raggiungimento di esiti di salute soddisfacenti; essa esige di essere affiancata da interventi di natura educativa che completino ed implementino l'efficacia dei farmaci, al fine di permettere alla persona malata di vivere una vita migliore.



## CAPITOLO 2

### 2.1 Fonti dei dati, parole chiave, stringhe di ricerca

Per la stesura del presente lavoro, è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno delle seguenti banche dati internazionali: Chocrane Library (il materiale è stato reperito all'interno delle sezioni Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Review-“Mental Health”), Elsevier, Pubmed.

Le stringhe di ricerca utilizzate sono:

- *((("Antipsychotic Agents/therapeutic use"[Mesh]) AND "Delayed-Action Preparations"[Mesh]) AND "Schizophrenia/drug therapy"[Mesh]) AND "Treatment Outcome"[Mesh]*
- *((("Antipsychotic Agents/therapeutic use"[Mesh]) AND "Schizophrenia/drug therapy"[Mesh]) AND "Schizophrenia/prevention and control"[Mesh]*
- *((("Antipsychotic Agents"[Mesh]) AND "Delayed-Action Preparations"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh]*
- *Antipsychotic medication adherence AND psychiatric nursing interventions AND stigma*
- *Mental Health-Schizophrenia & psychosis (in CDSR-Cochrane Database of Systematic Review-“Mental Health”)*
- *Schizophrenia AND psychoeducation (in Cochrane Central Register of Controlled Trials)*

### 2.2 Quesiti di ricerca

Alla base di questo studio vi sono i seguenti quesiti di ricerca (di seguito riportati in forma narrativa):

*1) La terapia depot migliora la qualità di vita della persona affetta da psicosi schizofrenica? (quesito di background)*



2) *Quali strategie educative l'infermiere può mettere in atto per migliorare la qualità di vita del paziente affetto da psicosi schizofrenica, in terapia con farmaci long acting di seconda generazione, in un contesto assistenziale territoriale? (quesito di foreground)*

### **2.3 Metodo P.I.O.**

La ricerca di materiale si è svolta attraverso il metodo P.I.O. applicato al solo quesito di foreground:

*P = paziente/problema*

Paziente affetto da psicosi schizofrenica, che assume terapia depot di seconda generazione in contesto assistenziale territoriale

*I = intervento infermieristico*

Strategie educative infermieristiche utili a migliorare la qualità di vita del paziente e dei familiari

*O = outcome*

*Il paziente:*

- riferisce una diminuzione della gravità dei sintomi psicotici (miglioramento dello stato mentale);
- raggiunge e mantiene un livello sufficiente di compliance farmacologica;
- mostra un funzionamento globale soddisfacente;
- è in grado di relazionarsi con la propria famiglia e con l'ambiente circostante (miglioramento del funzionamento sociale);
- vive un minor numero di riacutizzazioni di malattia (ovvero: “recidive” o “ricadute”);
- vive un minor numero di ricoveri;
- vive ricoveri di minore durata.

*I familiari/caregivers:*

- riferiscono una riduzione del livello di burden.

## 2.4 Criteri di selezione

La raccolta degli articoli all'interno delle diverse banche dati è avvenuta nel rispetto dei seguenti criteri di selezione:

- coerenza con il quesito di ricerca;
- *periodo di pubblicazione*: 6 anni (gennaio 2010-settembre 2016);
- *tipologia di documento*: RCTs, meta analisi, revisioni sistematiche, articoli di revisione, studi comparativi, studi osservazionali, studi multicentrici;
- presenza dell'abstract;
- *tipo di patologia*: schizofrenia;
- *genere dei partecipanti*: maschile e femminile;
- *età dei partecipanti*: tra i 18 e i 65 anni;
- *regime di cura dei partecipanti*: ambulatoriale;
- *contesto assistenziale*: territoriale.



## CAPITOLO 3

### 3.1 Risultati della ricerca

La ricerca in letteratura ha permesso di individuare 191 documenti; di questi, 155 sono stati esclusi per i seguenti motivi: data di pubblicazione antecedente al 2010; dati inutilizzabili; nessun dato riguardante individui affetti da psicosi schizofrenica in terapia con depot; studi riguardanti esclusivamente pazienti ricoverati; studi non riguardanti antipsicotici long acting; nessuna informazione riguardante programmi educativi infermieristici rivolti a persone affette da schizofrenia ed inserite in un regime assistenziale territoriale.

I 36 articoli restanti sono stati letti per intero ed analizzati; di questi, 14 sono stati selezionati. La tabella riguardante i risultati di ricerca è contenuta nell'Allegato 1.

#### 3.1.1. Articoli selezionati

Gli studi selezionati sono stati organizzati in tre paragrafi: il primo raccoglie documenti riguardanti i farmaci antipsicotici (long acting ed orali, di prima e di seconda generazione); il secondo riunisce studi concernenti interventi educativi infermieristici rivolti al singolo paziente; il terzo raggruppa documenti inerenti interventi educativi infermieristici rivolti a paziente e familiari.

##### ***3.1.1.1 Farmaci antipsicotici: long acting vs orali, I° generazione vs II° generazione***

**Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second generation antipsychotics versus first generation antipsychotics - T. Kishimoto *et al.* 2013 - Zucker Hillside Hospital di New York (USA)**

*Revisione sistematica*

#### **Obiettivo**

Scopo di questo studio è fornire una revisione delle evidenze scientifiche che pongono a confronto farmaci antipsicotici di prima e di seconda generazione per verificarne

l'efficacia in termini di numero di riacutizzazioni della malattia, numero di ricadute a distanza di 3,6,12 mesi, eventuali fallimenti del trattamento, numero di ricoveri, tasso di abbandono dello studio, intollerabilità.

### **Descrizione**

E' stata condotta una ricerca in letteratura all'interno delle seguenti banche dati: Medline, Pubmed, Cochrane Library, PsychINFO.

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, i documenti selezionati sono:

- studi controllati randomizzati, della durata di almeno 6 mesi, che mettono a confronto antipsicotici di prima (First Generation Antipsychotic, FGA) e di seconda generazione (Second Generation Antipsychotic, SGA) per misurare la loro efficacia nel prevenire le recidive e nel mantenere un buon livello di compliance farmacologica in adulti affetti da schizofrenia;
- studi che forniscono dati riguardanti numero di riacutizzazioni di malattia e numero di ricoveri.

Gli outcomes adottati dagli autori sono:

- numero di riacutizzazioni di malattia (misurate in termini di numero di ricoveri);
- numero di riacutizzazioni di malattia negli ultimi 3,6 e 12 mesi;
- fallimento del trattamento (inteso come presenza di una riacutizzazione di malattia e/o della discontinuità nell'assunzione dei farmaci dovuta a qualsiasi causa);
- numero di ricoveri/di abbandoni dovuti ad una qualsiasi causa, alla mancanza di compliance, alla mancanza di tollerabilità.

I farmaci antipsicotici di seconda generazione sono stati posti a confronto con quelli di prima generazione sia singolarmente, sia come classe farmacologica.

### **Risultati**

La revisione prende in considerazione 19 studi controllati randomizzati, per un totale di 4.504 partecipanti.

In base ai dati raccolti nel corso della revisione, gli autori osservano che:

- gli antipsicotici di seconda generazione, se considerati come gruppo/classe farmacologica, sono più efficaci rispetto agli antipsicotici di prima generazione nel prevenire le riacutizzazioni di malattia ( $p=0,003$ );
- gli antipsicotici di seconda generazione, se considerati come gruppo/classe farmacologica, sono più efficaci nel ridurre il numero di recidive, rispetto agli

antipsicotici di prima generazione, in tutti gli intervalli di tempo stabiliti (i dati riportati all'interno delle parentesi si riferiscono al numero di persone che vivono delle recidive nel corso del trattamento antipsicotico):

- a 3 mesi [13,8% (SGA) vs 17,4% (FGA);  $p=0,04$ ];

- a 6 mesi [21% (SGA) vs 28,1% (FGA);  $p<0,0001$ ];

- a 12 mesi [31,4% (SGA) vs 37,1% (FGA) ;  $p=0,0001$ ];

- per quanto riguarda il tasso di persone che hanno smesso di assumere la terapia in seguito ad un fallimento del trattamento, solo l'olanzapina sembra essere l'unico antipsicotico atipico che, preso singolarmente, è superiore rispetto agli antipsicotici di prima generazione nel ridurre questo fenomeno ( $p=0,03$ ); se considerati come insieme/classe farmacologica, gli antipsicotici di seconda generazione sono nettamente più efficaci rispetto a quelli di prima generazione anche in questo frangente ( $p=0,003$ );
- per quanto riguarda il numero di ricoveri conseguenti ad una mancata compliance farmacologica, gli antipsicotici di seconda generazione, come gruppo farmacologico, sono superiori a quelli di prima generazione (i dati riportati all'interno delle parentesi si riferiscono al numero di persone, espresso in percentuale, che mostrano una scarsa/nulla compliance nel corso del trattamento antipsicotico: 12,1% (SGA) vs 16,9% (FGA);  $p=0,004$ );
- se considerati come gruppo, gli antipsicotici di seconda generazione risultano ancora una volta superiori a quelli di prima generazione solo per quanto riguarda il numero di abbandoni dovuto a qualsiasi ragione ( $p=0,06$ ); non per quanto concerne la mancanza di compliance ( $p=0,20$ ) o l'intolleranza ( $p=0,05$ ).

**Long acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta analysis of mirror image studies** - T. Kishimoto *et al.* 2013 – Università di Medicina Keio di Tokio (Giappone; con esponenti del team di ricerca provenienti dagli USA)

*Revisione sistematica*

### **Obiettivo**

Il presente studio intende fornire una revisione delle principali evidenze scientifiche che operano un confronto tra farmaci antipsicotici long acting e farmaci antipsicotici orali, al fine di verificare quale sia la formulazione più efficace nel trattamento delle persone affette da psicosi schizofrenica.

### **Descrizione**

E' stata condotta una ricerca in letteratura all'interno delle seguenti banche dati: Medline, Pubmed, Cochrane Library, Web of Science, PsycINFO e Cinhal.

In base ai criteri di selezione dichiarati dagli autori, i documenti inclusi in questa revisione sono:

- studi osservazionali-mirror image che mettono a confronto farmaci antipsicotici long acting e le rispettive formulazioni orali nel trattamento di adulti, affetti da schizofrenia o da disturbi ad essa correlati, che hanno iniziato una terapia antipsicotica depot in seguito all'assunzione di farmaci orali e che sono stati seguiti per un periodo di follow up superiore a 12 mesi (campione degli studi con più di 30 elementi);
- studi che forniscono dati riguardanti il numero di ricoveri e di riacutizzazioni di malattia della popolazione presa in esame.

Gli outcomes presi in considerazione dagli autori sono:

- rischio di ospedalizzazione (definito come “numero di pazienti che sperimentano 1 o più ricoveri in un anno”);
- numero totale di ricoveri (numero di ricoveri per persona/anno);
- durata dei ricoveri.

### **Risultati**

La ricerca in letteratura ha permesso di individuare 5.483 documenti; di questi, ne sono stati scelti ed ispezionati per intero 607; in seguito a questa prima analisi, 582 studi sono stati esclusi per i seguenti motivi: dati inutilizzabili, nessuna informazione riguardante il

periodo di trattamento con antipsicotico orale prima del trattamento depot; nessun dato originale; studi non riguardanti antipsicotici long acting; studi non mirror-image; studi di durata troppo breve.

Alla fine, sono stati selezionati e revisionati 25 studi, per un totale di 5886 pazienti.

Le sostanze long acting analizzate all'interno degli studi revisionati sono: ripseridone (antipsicotico di seconda generazione); flufenazina (antipsicotico di prima generazione); antipsicotici long acting sia di prima che di seconda generazione non specificati; clompentixolo, perfenazina, flupentixolo (antipsicotici di prima generazione).

In base ai dati raccolti nel corso della revisione, gli autori osservano che:

- i farmaci antipsicotici long acting sono più efficaci rispetto a qualsiasi antipsicotico orale nel ridurre il rischio di ospedalizzazione (16 studi, 4.066 partecipanti,  $p < 0,001$ );
- gli antipsicotici depot si dimostrano nettamente superiori rispetto agli antipsicotici orali nel diminuire il numero di ricoveri (15 studi, 6.342 partecipanti,  $p < 0,001$ ).

Per quanto riguarda la durata dei ricoveri (numero di giorni), i revisori segnalano che:

- i farmaci antipsicotici depot sono significativamente più efficaci nel diminuire i giorni dei pazienti in ospedale (7 studi,  $p < 0,0001$ ); gli autori fanno presente il motivo del numero ridotto di studi a supporto di tale risultato, dovuto al fatto che raramente gli studi riportano la lunghezza dei ricoveri.

Infine, gli autori segnalano la presenza di uno studio, tra quelli scelti ed analizzati in questa revisione, il quale riferisce che l'uso di antipsicotici long acting riduce in maniera significativa il rischio di non compliance (dal 79% al 33%,  $p < 0,001$ ).

**A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia** - J. Tiihonen *et al.* 2011 – Niuvanniemi Hospital di Kuopio (Finlandia; con esponenti del team di ricerca provenienti dal Regno Unito)

*Studio di coorte*

### **Obiettivo**

Scopo principale di questo studio è fornire una stima del rischio di ricovero, di mancanza di compliance farmacologica e di mortalità delle persone affette da psicosi schizofrenica, che assumono terapia antipsicotica orale o depot.



Per fare ciò, gli autori operano un confronto tra antipsicotici long acting ed antipsicotici orali al fine di individuare quale sia il tipo di farmaco più efficace nell'aumentare la compliance farmacologica e nel ridurre il numero di ricoveri; entrambi questi fattori, infatti, sono legati al verificarsi di riacutizzazioni di malattia (recidive).

L'ipotesi iniziale avanzata dai ricercatori è che non esistano differenze tra i diversi tipi di antipsicotici, siano essi depot o orali, per quanto concerne l'efficacia nel ridurre il numero di recidive.

### **Descrizione**

In base ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, lo studio coinvolge persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni, che hanno vissuto il loro primo ricovero psichiatrico tra il 2000 e il 2007, in occasione del quale è stata loro diagnosticata la schizofrenia. I soggetti, selezionati all'interno del Finnish National Hospital Discharge Register (database amministrato dall'Istituto Nazionale della Sanità finlandese), presentano scarsa/nulla compliance al trattamento farmacologico prescritto (sia esso depot od orale) nei sei mesi precedenti il reclutamento per lo studio.

Tra gli outcomes presi in considerazione dagli autori si segnalano:

- grado di non compliance;
- numero di ricoveri in seguito a riacutizzazioni dei sintomi psicotici.

### **Risultati**

La consultazione del Finnish National Hospital Discharge Register ha permesso di individuare 33.318 persone che hanno vissuto un ricovero per gravi disturbi mentali; di queste, 7.434 hanno vissuto il loro primo ricovero psichiatrico tra il 2000 e il 2007, e 2.588 hanno riportato una diagnosi di schizofrenia, a seguito della quale è stata loro prescritta una terapia antipsicotica depot o orale.

In base ai risultati ottenuti, gli autori osservano che:

- i farmaci antipsicotici long acting riducono del 59% il rischio di scarsa/nulla compliance rispetto alle corrispettive formulazioni orali ( $p < 0,0001$ ); in particolare, tre antipsicotici depot (due di prima generazione, alogiperidolo e perfenazina; uno di seconda generazione, risperidone) sono associati ad un significativo aumento della compliance rispetto alle corrispondente forma orale (rispettivamente:  $p=0,03$ ;  $p<0,0001$ ;  $p<0,0001$ );

- dal confronto tra agenti antipsicotici depot ed orali risulta che le formulazioni long acting sono associate ad una riduzione significativa del rischio di ricovero ( $p=0,007$ );
- l'uso di una qualsiasi forma di antipsicotico, rispetto alla sua mancata assunzione, in termini di numero di decessi/anno, viene associata ad una riduzione del rischio di mortalità.

### ***3.1.1.2 Interventi educativi infermieristici rivolti al singolo paziente***

**Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia** - M. Mastuda *et al.* 2016 – Graduate School of Nursing di Osaka (Giappone)

*Studio Controllato Randomizzato*

#### **Obiettivo**

Lo studio intende valutare l'efficacia clinica del programma educativo infermieristico Nursing Psychoeducation Program (NPE), eseguito insieme alle cure standard, rispetto al solo trattamento convenzionale ambulatoriale, nel migliorare la compliance farmacologica delle persone affette da psicosi schizofrenica.

#### **Descrizione**

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, lo studio, condotto all'interno di due centri di salute mentale, coinvolge persone affette da schizofrenia, di età superiore ai 20 anni, che non presentano disabilità cognitive, capaci di sostenere una conversazione e di partecipare a sedute terapeutiche.

Gli outcomes adottati dagli autori sono:

- grado di accettazione della terapia farmacologica (compliance; misurato con la Medication Perception Scale for Patients with Schizophrenia; MPS)
- tipo di risposta al regime farmacologico (misurato con il Drug Attitude Inventory-10 questionnaire; DAI-10)
- livello di conoscenza della malattia (misurato con il Knowledge of Illness and Drugs Inventory; KIDI).

La strategia educativa messa in atto nel corso di questo studio è il *Nursing Psychoeducation Program (NPE)*:

→ si compone di 4 sedute, una alla settimana, ciascuna della durata di 60-90 minuti;

→ si svolge all'interno di gruppi chiusi;

→ affronta quattro tematiche:

1. sintomi della malattia psicotica;
2. correlazione tra malattia psicotica e stress;
3. farmaci antipsicotici: effetti benefici e collaterali;
4. come imparare a convivere con la propria malattia all'interno della comunità;  
→ la figura responsabile del programma (colei che conduce gli incontri) è l'infermiere;  
→ il personale infermieristico abilitato all'esecuzione degli interventi previsti dal Nursing Psychoeducation Program (NPE) ha partecipato ad un workshop di formazione basato sui principi-chiave di un altro programma educativo, lo Psychoeducational Practitioner Training Program (PPTP), sviluppato dagli autori dello studio nel 2015;  
→ per la corretta conduzione del programma, l'infermiere è tenuto a seguire un manuale suddiviso in 5 sezioni principali:
  - a) relazione tra malattia psicotica, stress, terapia antipsicotica, riabilitazione psichiatrica;
  - b) il passato e la situazione attuale del paziente: modi per discuterne;
  - c) effetti benefici e collaterali dei farmaci antipsicotici;
  - d) domande e risposte utili per alleviare le paure dei pazienti;
  - e) prevenzione delle recidive: cosa può fare il paziente.

### **Risultati**

Lo studio coinvolge 56 pazienti, assegnati in maniera casuale a due gruppi: il gruppo sperimentale (gruppo NPE; n=31), i cui componenti partecipano al Nursing Psychoeducation Program , e il gruppo controllo (gruppo CS; n=25), i cui componenti ricevono le cure standard.

Stando ai dati raccolti, gli autori osservano che:

- i componenti del gruppo che ha preso parte al Nursing Psychoeducation Program (NPE) mostrano un miglioramento in tutti gli outcomes dichiarati:  
→ compliance (MPS: gruppo NPE: da 18 a 23,17;  $p<0,01$ );

- risposta ai farmaci assunti (DAI-10: gruppo NPE: da 2,79 a 5,54;  $p<0,01$ );
- conoscenza della patologia (KIDI: gruppo NPE: da 12,13 a 14,29;  $p<0,01$ ).

I ricercatori sottolineano che tali benefici non si registrano all'interno del gruppo controllo, che ha ricevuto le sole cure standard ambulatoriali: anzi, stando ai risultati conseguiti, gli autori evidenziano come i componenti di questo gruppo vadano incontro ad un progressivo peggioramento rispetto alla loro condizione iniziale.

**Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised controlled trial** - W.T. Chien *et al.* 2016 - School of Nursing, Faculty of Health and Social Sciences, Polytechnic University di Hong Kong (Cina; con esponenti del team di ricerca provenienti dal Qatar)

*Studio randomizzato controllato*

#### **Obiettivo**

Lo studio intende valutare l'efficacia di un programma educativo, la Adherence Therapy (AT), proposto insieme alle cure standard, rispetto al solo trattamento convenzionale ambulatoriale, nel migliorare gli esiti di salute di persone affette da schizofrenia.

#### **Descrizione**

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, lo studio coinvolge individui che soffrono da più di 3 anni di schizofrenia o disturbi dello spettro schizofrenico; si tratta di soggetti di età compresa tra 18 e 64 anni, che non presentano malattie fisiche croniche, gravi disabilità o deficit cognitivi, e che mostrano una scarsa o nulla compliance farmacologica (ad esempio, riferiscono episodi di cessata assunzione del farmaco antipsicotico, associati a ricovero psichiatrico, per un numero di volte maggiore o uguale ad 1 al mese, oppure più di 3 dosi settimanali dimenticate nei tre mesi precedenti).

Gli outcomes adottati dagli autori sono:

- livello di consapevolezza (insight) della malattia e della necessità di trattamento (misurato con l'Insight and Treatment Attitudes Questionnaire; ITAQ)
- funzionamento globale (misurato con la Specific Level of Functioning Scale; SLOF)
- stato mentale (misurato con la Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS)
- compliance farmacologica (misurata con la Adherence Rating Scale; ARS)

- numero e durata (n° di giorni) dei ricoveri nei 4 mesi successivi al termine dell'intervento.

La strategia educativa messa in atto nel corso di questo studio è il *programma di Adherence Therapy*:

- dura 12 settimane; si compone di 6 sedute, di due ore ciascuna, una ogni due settimane;
- prevede l'utilizzo dell'intervista motivazionale, una tecnica utile a:
  - migliorare la conoscenza della patologia;
  - ridurre eventuali atteggiamenti ambivalenti verso la terapia;
  - superare le difficoltà nella compliance farmacologica;
- impiega tecniche cognitivo-comportamentali e di problem solving, che aiutano il paziente a:
  - cambiare il proprio comportamento;
  - riconsiderare, in maniera più obiettiva e razionale, le proprie opinioni e convinzioni riguardanti la patologia e i farmaci;
  - affrontare preoccupazioni e prevenire le recidive;
- è tenuto da un infermiere di salute mentale che lavora in ambito territoriale;
- avviene durante le visite domiciliari;
- prevede l'impiego di un approccio non giudicante, empatico, per far emergere eventuali discrepanze evitando discussioni, aggirando le resistenze e sostenendo l'auto efficacia del paziente;
- persegue un obiettivo finale: discutere con i pazienti i loro atteggiamenti e le loro opinioni riguardo la malattia e l'importanza dell'aderire al trattamento, per coinvolgerli nella risoluzione delle proprie ambivalenze e dei problemi di vita quotidiana.

### **Risultati**

Inizialmente, sono stati identificati 3000 pazienti affetti da schizofrenia e disturbi affini; di questi, 1200 sono risultati eleggibili. Dei 1200 pazienti eleggibili, 650 sono stati contattati per partecipare allo studio; 134 hanno accettato firmando il consenso informato. Dopo una prima valutazione, i partecipanti sono stati assegnati in maniera casuale a due gruppi: il gruppo intervento (gruppo AT; n=67), i cui componenti hanno partecipato al

programma educativo di Adherence Therapy (AT), e il gruppo controllo (gruppo CS; n=67), i cui componenti hanno ricevuto le sole cure standard.

In base ai dati raccolti, gli autori osservano che:

- coloro che hanno preso parte al programma di Adherence Therapy (AT), mostrano significativi miglioramenti:

→ nel livello di consapevolezza (insight) della malattia e della necessità di trattamento (ITAQ: gruppo AT: da 13,3 a 24,8; gruppo CS: da 14,3 a 15;  $p=0,001$ )

→ nel funzionamento globale (SLOF: gruppo AT: da 139,8 a 183,2; gruppo CS: da 139,8 a 129,1;  $p=0,005$ );

→ nello stato di salute mentale (gravità dei sintomi) (PANSS: gruppo AT: da 80,6 a 59; gruppo CS: da 81,6 a 82,8;  $p=0,003$ );

→ nella compliance farmacologica (ARS: gruppo AT: da 1,3 a 2,5; gruppo CS: da 1,3 a 1,5;  $p=0,005$ );

→ nel numero e nella durata dei ricoveri (N° ricoveri: gruppo AT: da 2 a 1; gruppo CS: da 2 a 2; durata ricoveri: gruppo AT: da 9,9 a 7; gruppo CS: da 9,2 a 15;  $p=0,005$ ).

I ricercatori sottolineano che tali miglorie sono presenti anche a distanza di 18 mesi dalla fine del programma: tali benefici non si registrano all'interno del gruppo controllo, che ha beneficiato delle sole cure standard; anzi, stando ai risultati conseguiti, gli autori evidenziano come i componenti di questo gruppo riportino trascurabili miglioramenti, oppure vadano incontro ad un progressivo peggioramento rispetto alla loro condizione iniziale.

**Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up** - W.T. Chien *et al.* 2014 - Politecnico universitario di Hong Kong (Cina; con esponenti del team di ricerca provenienti dall'Australia)

*Studio Controllato Randomizzato*

### **Obiettivo**

Lo studio intende verificare l'efficacia di un programma educativo, il Mindfulness-based Psychoeducation Programme (MBPP), eseguito in concomitanza con le cure standard, nella presa in carico di persone affette da schizofrenia.

Per questa ragione, gli autori effettuano un duplice confronto, comparando il programma sperimentale sia con un intervento psicoeducativo convenzionale sia con il solo trattamento standard ambulatoriale.

### **Descrizione**

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, lo studio coinvolge persone di età superiore ai 18 anni, affette da schizofrenia da almeno 5 anni, che non presentano ulteriori patologie mentali o eventuali disturbi cerebrali di natura organica.

Gli outcomes presi in considerazione dagli autori sono:

- livello di insight (misurato con l'Insight and Treatment Attitude Questionnaire; ITAQ)
- capacità di vivere in un contesto sociale comunitario (misurato con la Specific Level of Functioning Scale; SLOF)
- stato mentale (misurato con la Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)
- livello di supporto sociale e funzionale ricevuto (misurato con il Social Support Questionnaire a 6 items; SSQ6),
- numero di ricoveri.

Le strategie educative messe in atto all'interno del presente studio sono:

- il *Mindfulness-based Psychoeducation Programme (MBPP)*:
  - dura 6 mesi, si compone di 12 sedute, bisettimanali, di due ore ciascuna;
  - è programma educativo basato su alcune tecniche di auto consapevolezza;
  - mira a ridurre lo stress vissuto dalla persona affetta da psicosi schizofrenica attraverso l'uso di tecniche di meditazione e discussione;
  - intende cambiare il modo in cui il paziente si relaziona con i propri pensieri e sensazioni negative, insegnando ad osservarli in maniera più distaccata e consapevole, di modo da accettare la propria malattia, aumentare il proprio empowerment e raggiungere uno stato di maggiore relax emotivo;
  - i pazienti che vi prendono parte sono suddivisi in gruppi di 11-13 persone;
  - le sedute sono condotte da un infermiere, che veste i panni del terapeuta: egli
    - a) aiuta a diventare più consapevoli delle difficoltà correlate alla patologia;
    - b) conduce a rapportarsi in maniera diversa con pensieri, sentimenti, sensazioni, deliri ed allucinazioni;
    - c) educa a non confondere le allucinazioni con la realtà;

→ si suddivide in tre fasi:

1. fase I: orientamento e coinvolgimento dei pazienti; aumento dell'empowerment e della concentrazione sulle esperienze vissute, sulle sensazioni corporee, sui pensieri; esercizi di autoconsapevolezza guidati; compiti per casa;
2. fase II: educazione alla cura della schizofrenia; esplorazione delle difficoltà derivanti da sintomi psicotici; attuazione di pratiche di problem solving;
3. fase III: attuazione di strategie per la prevenzione delle recidive; utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla comunità; progetti per il futuro;

→ i partecipanti sono invitati a praticare regolarmente (quotidianamente) esercizi di auto consapevolezza, concentrandosi sulle sensazioni corporee, sui pensieri e sui sentimenti, adottando strategie di auto-empowerment per gestire meglio pensieri e sensazioni negativi, cause di stress emotivo.

- *il programma psicoeducativo convenzionale (CPEP):*

→ dura di 6 mesi, si compone di 12 sedute, bisettimanali, della durata di due ore ciascuna;

→ i pazienti destinati a prendere parte al programma sono suddivisi in gruppi di 11-13 persone;

→ prevede l'attuazione di interventi psicosociali ed educativi;

→ si suddivide in 4 fasi:

1. fase I: coinvolgimento ed empowering del paziente (orientamento e coinvolgimento dei partecipanti; discussione degli obiettivi; 2 sedute);
2. fase II: educazione e workshop su aspetti chiave della schizofrenia, situazioni stressanti della vita quotidiana e strategie di coping che possono essere messe in atto (4 sedute);
3. fase III: prevenzione delle recidive attraverso un training della pratica del problem solving (4 sedute);
4. fase IV: valutazione delle conoscenze e capacità apprese e pensare a progetti per il futuro (2 sedute).

Gli autori segnalano che entrambi i programmi sono condotti da infermieri di salute mentale, con pregressa esperienza nell'ambito, adeguatamente formati mediante una partecipazione ad un workshop di 3 giorni, durante il quale hanno appreso contenuti e modalità di svolgimento delle rispettive strategie.



## Risultati

I pazienti risultati eleggibili sono 107, selezionati in maniera casuale e assegnati, sempre in maniera casuale, a tre gruppi:

1. il gruppo sperimentale (gruppo MBPP; n=36), i cui componenti hanno partecipato al programma Mindfulness-based Psychoeducation Programme (MBPP);
2. il primo gruppo controllo (gruppo CPEP: n=36), i cui componenti hanno preso parte al programma psicoeducativo convenzionale;
3. il secondo gruppo controllo (gruppo CS; n=35), i cui componenti hanno ricevuto le cure standard.

Alla luce dei dati raccolti, gli autori osservano che:

- le persone che prendono parte ai due programmi educativi (il Mindfulness-based Psychoeducation Programme-MBPP e il programma psicoeducativo convenzionale-CPEP) mostrano un miglioramento progressivo:
  - del livello di insight (ITAQ: gruppo MBPP: da 14,3 a 21,3; gruppo CPEP: da 14 a 16,3;  $p=0,001$ );
  - della capacità di vivere in un contesto sociale comunitario (SLOF: gruppo MBPP: da 138,1 a 176,9; gruppo CPEP: da 135,9 a 146,1;  $p=0,004$ );
  - dello stato mentale (BPRS: gruppo MBPP: da 30,6 a 17; gruppo CPEP: da 32 a 28,1;  $p=0,005$ ).
- Gli autori sottolineano come tali riprese non si verificano all'interno del gruppo che ha beneficiato delle sole cure standard: stando ai risultati ottenuti, si osserva un miglioramento trascurabile se non, addirittura, un peggioramento rispetto alla condizione iniziale;
- per quanto riguarda il numero dei ricoveri, coloro che partecipano al programma educativo Mindfulness-based Psychoeducation Programme (MBPP), vivono un minor numero di ricoveri rispetto a coloro che prendono parte al programma di psicoeducazione convenzionale o alle sole cure standard, tuttavia si tratta di dati non statisticamente significativi (N° ricoveri: gruppo MBPP: da 2,8 a 1,8; gruppo CPEP: da 2,5 a 2,3; gruppo CS: da 2,7 a 3;  $p=0,096$ );
- per quanto concerne la durata delle riammissioni ospedaliere, invece, i componenti dei gruppi che partecipano ad entrambi i programmi educativi proposti (il Mindfulness-based Psychoeducation Programme-MBPP e il

programma psicoeducativo convenzionale-CPEP) vivono ricoveri più brevi rispetto all'inizio dei trattamenti (Durata ricoveri: gruppo MBPP: da 19 a 11 giorni; gruppo CPEP: da 18,5 a 16,1 giorni;  $p=0,004$ ).

I risultati dello studio mostrano come tale migioria non si verifichi all'interno del gruppo che ha beneficiato delle sole cure standard, anzi: i ricercatori registrano un aumento del numero di giorni di ricovero (Durata ricoveri: gruppo CS: da 19,2 a 21).

**A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up** – W.T. Chien *et al.* 2013 – Facoltà di Infermieristica, Hong Kong Polytechnic University, Kowloon, Hong Kong (Cina)

*Studio Controllato Randomizzato*

### **Obiettivo**

Scopo principale di questo studio è testare l'efficacia di un programma educativo individuale, il Needs-based Psychoeducation Programme (NPEP), eseguito in concomitanza con le cure standard, rispetto al solo trattamento convenzionale ambulatoriale, nel migliorare lo stato mentale, il livello di insight e l'autoefficacia delle persone affette da psicosi schizofrenica.

### **Descrizione**

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, lo studio coinvolge individui affetti da psicosi schizofrenica, di età superiore ai 18 anni, che si trovano nella fase d'esordio della malattia. Si tratta di soggetti che presentano una grave sintomatologia (priva però di comportamenti autolesivi), seguiti in ambito ambulatoriale, che non hanno mai partecipato in precedenza a nessun programma educativo e che non si trovano in fase acuta al momento del reclutamento.

Gli outcomes presi in considerazione dagli autori sono:

- stato mentale (misurato con la Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)
- livello di insight (misurato con l'Insight and Treatment Attitude Questionnaire; ITAQ)
- livello di autoefficacia nella gestione di attività di vita quotidiana (misurato con la Perceived Self-Efficacy Scale; PSS)

- frequenza d'uso dei servizi sanitari psichiatrici (misurato con il Family Support Service Index modificato, M-FSSI)
- numero/durata dei ricoveri.

La strategia educativa messa in atto nel corso dello studio è il *programma educativo individuale Needs-based Psychoeducation Programme (NPEP)*:

→ dura tre mesi, si compone di 6 sedute, bi settimanali, di un'ora ciascuna;  
 → è costituito da una serie di interventi educativi e di supporto, e si basa sui principi di valutazione ed educazione infermieristica;

→ affronta sette tematiche:

1. introduzione alla tema della salute mentale;
  2. comprensione della salute mentale e della malattia mentale;
  3. igiene del sonno e alleviamento dell'ansia;
  4. trattamenti psichiatrici e farmacologia;
  5. strategie di coping per gestire i disturbi mentali;
  6. abilità relazionali;
  7. risorse di supporto messe a disposizione dalla comunità e progetti per il futuro;
- prevede l'effettuazione di una valutazione iniziale dei bisogni educativi di ciascun paziente utilizzando uno strumento apposito: l'Educational Needs Questionnaire;
- figura chiave del programma è l'infermiere di salute mentale; egli è colui che, in collaborazione con il paziente:
- ordina per priorità i bisogni educativi individuali;
  - formula un programma educativo personalizzato;
  - gestisce l'approfondimento di ogni singola tematica;
- le prime due sedute si focalizzano sull'accettazione dei ruoli sociali e sull'adozione di nuove modalità di comunicazione con i membri della famiglia; si indagano poi le abilità nel risolvere i conflitti e i disturbi comportamentali che emergono durante la vita quotidiana;
- il modo di eseguire gli interventi educativi viene valutato attraverso registrazioni audio delle sedute, che vengono ascoltate e discusse sistematicamente; per le registrazioni, è stato ottenuto il consenso dei partecipanti.

## Risultati

Inizialmente, sono stati identificati 234 pazienti eleggibili; di questi, 150 hanno acconsentito a partecipare allo studio, e, al termine della selezione iniziale, 96 sono stati scelti per costituire il campione di ricerca.

Dopo aver firmato il consenso informato, i 96 partecipanti sono stati assegnati in maniera casuale a due gruppi: il gruppo sperimentale (gruppo NPEP; n=48), i cui componenti hanno partecipato al programma Needs-based Psychoeducation Programme (NPEP), e il gruppo controllo (gruppo CS; n=48), i cui componenti hanno ricevuto le cure standard.

Alla luce dei dati raccolti, gli autori osservano che:

- coloro che partecipano al programma educativo Needs-based Psychoeducation Programme (NPEP) registrano un progressivo miglioramento:
  - > dello stato mentale (BPRS: gruppo NPEP: da 4,7 a 3; gruppo CS: da 4,5 a 4,8;  $p<0,001$ );
  - > dell'insight (ITAQ: gruppo NPEP: da 9,1 a 15,2; gruppo CS: da 10,1 a 12,4;  $p<0,01$ );
  - > del livello di autoefficacia, associato ad una migliore capacità da parte del soggetto malato di gestire le situazioni stressanti della vita quotidiana (PSS: gruppo NPEP: da 16,9 a 27,5; gruppo CS: da 15,6 a 15;  $p<0,001$ ).

I ricercatori sottolineano che tali migliorie sono presenti anche a distanza di 6 mesi dalla fine del programma;
- le persone che prendono parte al programma educativo Needs-based Psychoeducation Programme (NPEP), mostrano una riduzione del numero e della durata dei ricoveri nell'arco di tutto il periodo dello studio, sino a 6 mesi dopo la fine del programma (N° ricoveri: gruppo NPEP: da 1,2 a 1,1; gruppo CS: da 1,3 a 2,7; Durata ricoveri: gruppo NPEP: da 8,3 a 5,2; gruppo CS: da 9,2 a 14,1;  $p<0,01$ ).

Gli autori sostengono che tali osservazioni non possono essere estese a coloro che ricevono le sole cure standard: dai risultati si osserva, infatti, come essi, vadano incontro, con il passare del tempo, ad un graduale peggioramento rispetto alle loro condizioni iniziali.

### ***3.1.1.3 Interventi educativi infermieristici rivolti a paziente e familiari***

**Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness** – S. Zhao *et al.* 2015 –  
Università di Tianjin (Cina)

*Revisione sistematica*

#### **Obiettivo**

Scopo principale di questo studio è fornire una revisione delle evidenze riguardanti programmi brevi di psicoeducazione (della durata di 10 sedute o meno), erogati insieme alle cure standard, al fine di verificare l'effettiva efficacia di questo tipo di intervento educativo nella presa in carico della persona affetta da psicosi schizofrenica e dei suoi caregivers.

Obiettivo secondario è valutare l'esistenza di un particolare tipo di intervento psicoeducativo breve (individuale, familiare, di gruppo) che sia più efficace rispetto ad altri.

#### **Descrizione**

Per la stesura della presente revisione è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno del Cochrane Schizophrenia Group Register; stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, i documenti inclusi in questo lavoro sono studi controllati randomizzati, riguardanti esclusivamente programmi psicoeducativi di breve durata rivolti a persone affette da gravi patologie mentali (gli autori precisano che si tratta per la maggior parte di persone malate di schizofrenia) e ai loro caregivers. I pazienti hanno un'età compresa tra i 18 e i 65 anni, non presentano doppia diagnosi (ossia grave patologia mentale accompagnata da abuso di sostanze), demenza o deficit cognitivi importanti.

Gli outcomes considerati dai revisori sono:

- livello di compliance;
- numero di recidive;
- livello di conoscenza della malattia e dei farmaci antipsicotici;
- comportamento;
- stato complessivo;
- funzionamento globale;
- grado di utilizzo dei servizi sanitari;
- stato mentale;
- funzionamento sociale;

- capacità di esprimere emozioni;
- qualità di vita;
- soddisfazione rispetto alle cure ricevute;
- effetti collaterali;
- costi.

I ricercatori suddividono gli interventi individuati nel corso della revisione in due macro categorie:

- *i programmi brevi di psicoeducazione*:
  - definiti dagli autori come “progetti educativi, individuali o di gruppo, che prevedono un'interazione tra paziente e professionista sanitario”;
  - affrontano la malattia mentale da molteplici punti di vista, prendendo in considerazione l'ambito familiare, sociale, biologico e farmacologico;
  - perseguono i seguenti obiettivi:
    - garantire supporto emotivo;
    - dare informazioni riguardanti la malattia e i farmaci antipsicotici;
    - fornire indicazioni utili per adottare strategie di gestione efficaci;
- *le cure standard*:
  - definite dagli autori come l'insieme dei trattamenti standard ambulatoriali trattati nei singoli documenti selezionati e rivolti a persone affette da schizofrenia;
  - prevedono sostanzialmente terapia cognitivo-comportamentale, trattamento farmacologico, forme di educazione standard, riabilitazione standard.

### **Risultati**

La ricerca in letteratura ha permesso di individuare 268 documenti; di questi, 211 sono stati esclusi in quanto non rispondenti ai criteri di inclusione dichiarati; i 57 rimanenti sono stati valutati. Questa valutazione ha portato all'esclusione di altri 37 studi (le ragioni che hanno portato alla loro estromissione sono: mancata randomizzazione; riguardare solo i caregivers; trattare interventi psicoeducativi superiori alle 10 sedute; trattare altri tipi di interventi psicosociali; essere ancora in fase di svolgimento).

Alla fine, sono stati inclusi 20 studi, per un totale di 2337 partecipanti.

Nel corso della revisione, gli autori hanno potuto osservare che i programmi psicoeducativi di breve durata :

- migliorano la compliance delle persone affette da schizofrenia nel breve (a distanza di 12 settimane dal termine del programma) e nel medio termine (a distanza di 13-52 settimane dalla fine del programma);
- riducono il rischio di recidive nel medio termine (a distanza di 13-52 settimane dalla fine del programma);
- aumentano il livello di conoscenza dei pazienti riguardo la schizofrenia;
- migliorano il funzionamento sociale complessivo dei pazienti (comprese le loro abilità relazionali e lavorative);
- migliorano la qualità di vita dei pazienti e dei caregivers nel breve termine (a distanza di 12 settimane dalla fine del programma).

Si ritiene opportuno segnalare che gli autori non forniscono alcuna informazione circa eventuali risultati riguardanti l'obiettivo secondario della revisione, ossia l'individuazione di un particolare tipo di intervento psicoeducativo breve (individuale, familiare, di gruppo) che sia più efficace rispetto ad altri.

**Psychoeducation for schizophrenia** – J. Xia *et al.* 2011 – Università di Nottingham (Regno Unito; con esponenti del team di ricerca provenienti dalla Danimarca)

#### *Revisione sistematica*

Questa revisione è stata realizzata dagli stessi autori dello studio precedentemente citato (Zhao, Sampson, Xia, & Jayaram, 2015); i due documenti condividono alcuni testi revisionati, tuttavia si è deciso di includerli entrambi in quanto, pur trattando il medesimo argomento (efficacia clinica degli interventi psicoeducativi), lo affrontano da punti di vista nettamente differenti.

Lo studio che si va a presentare, realizzato nel 2011, propone una revisione delle evidenze scientifiche che verificano l'efficacia dei programmi psicoeducativi *in generale*, ovvero prende in esame tutte le tipologie di intervento psicoeducativo; lo studio affine, discusso all'inizio di questo paragrafo e realizzato nel 2015, offre invece una revisione delle evidenze scientifiche che analizzano l'efficacia dei *sol*i programmi psicoeducativi *di breve durata*. Un'attenta lettura dei singoli documenti permette di individuare chiaramente tale diversità d'intenti, dichiarata esplicitamente dagli autori.

### **Obiettivo**

Scopo principale di questo studio è fornire una revisione delle evidenze che analizzano l'efficacia di interventi psicoeducativi in generale, erogati insieme alle cure standard, rispetto ai soli trattamenti convenzionali, nella presa in carico di persone affette da gravi patologie mentali e dei loro caregivers.

Obiettivo secondario è verificare l'esistenza di un particolare tipo di intervento psicoeducativo (individuale, familiare, di gruppo; breve o lungo) migliore rispetto ad altri.

### **Descrizione**

Per la realizzazione della presente revisione, è stata condotta una ricerca di letteratura all'interno della banca dati on line Cochrane Library (nella sezione sezione Cochrane Schizophrenia Group Trial Register); stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, questo lavoro include studi controllati randomizzati, che trattano interventi di psicoeducazione, sia individuali sia di gruppo, rivolti a persone che soffrono di gravi disturbi della sfera affettiva (schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo schizotipico) e ai loro caregivers.

Gli outcomes presi in considerazione dai revisori sono:

- livello di compliance
- numero di recidive
- livello di conoscenza della malattia
- comportamento
- funzionamento sociale
- funzionamento globale
- utilizzo dei servizi sanitari
- stato globale
- stato mentale
- livello di emozioni espresse
- qualità di vita
- grado di soddisfazione delle cure ricevute
- effetti collaterali
- costi.



I ricercatori suddividono gli interventi individuati nel corso della revisione in due macro categorie:

- *interventi di psicoeducazione:*
  - definiti dagli autori come “interventi educativi, individuali o di gruppo, che prevedono un'interazione tra paziente e professionista sanitario”
  - affrontano la malattia mentale da molteplici punti di vista, prendendo in considerazione l'ambito familiare, sociale, biologico e farmacologico;
  - perseguono i seguenti obiettivi:
    - garantire supporto emotivo;
    - dare informazioni riguardanti la malattia e i farmaci antipsicotici;
    - fornire indicazioni utili per adottare strategie di gestione efficaci.
- Si noti come questo studio presenta una continuità di temi ed obiettivi con la ricerca successiva, ad indicare la stretta correlazione tra i due: il secondo riprende ed approfondisce un aspetto del primo.
- *cure standard:*
  - definite dagli autori come l'insieme dei trattamenti standard ambulatoriali, contenuti nei singoli documenti selezionati, rivolti a persone affette da schizofrenia e ai loro caregivers, in un contesto assistenziale territoriale;
  - prevedono sostanzialmente terapia cognitivo-comportamentale, trattamento farmacologico, forme di educazione standard, riabilitazione standard.

### **Risultati**

La revisione include 44 studi, per un totale di 5142 partecipanti; tali documenti sono stati prodotti in un periodo compreso tra il 1988 e il 2009.

Nel corso della revisione, gli autori hanno potuto osservare che gli interventi psicoeducativi, in generale:

- migliorano la compliance nel breve, medio e lungo termine (ovvero a distanza di 12, 13, 52 settimane dalla conclusione dell'intervento);
- riducono il numero di recidive;
- promuovono un miglior funzionamento globale e sociale della persona affetta da psicosi schizofrenica;
- incrementano il grado di soddisfazione per i servizi di salute mentale e migliorano la qualità di vita della persona malata e dei suoi caregivers;

- limitano il bisogno di un aumento del dosaggio dei farmaci, ed aumentano la durata dei periodi di stabilità e di benessere nelle persone affette da schizofrenia;
- riducono il verificarsi di fenomeni di ansia e depressione; permettono una riduzione statisticamente significativa delle emozioni espresse dai familiari nel breve termine; tuttavia, gli autori affermano che non ci sono dati sufficienti per poter dire lo stesso a medio e lungo termine;
- portano benefici sul piano economico conseguenti ad una riduzione del numero di recidive e di accessi ai servizi sanitari.

**A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia** - M. Martin Carrasco *et al.* 2016 - Istituto Psichiatrico di Ricerca, Centro di Salute Mentale Padre Menni di Pamplona (Spagna; con esponenti del team di ricerca provenienti dal Portogallo)

*Studio Controllato Randomizzato*

### **Obiettivo**

Scopo principale di questo studio è valutare l'efficacia di un programma educativo, lo Psychoeducational Intervention Program (PIP), elargito insieme alle cure standard, rispetto al solo trattamento convenzionale ambulatoriale, nel ridurre il livello di burden e nel migliorare lo stato di salute mentale dei caregivers che assistono persone affette da gravi malattie psichiche.

### **Descrizione**

Stando ai criteri di inclusione stabiliti dai ricercatori, il presente studio coinvolge caregivers di età superiore ai 18 anni, che si prendono cura di persone affette da schizofrenia o da disturbi dello spettro schizofrenico che vivono con loro da diverso tempo (non vengono presi in considerazione caregivers che si occupano di pazienti in fase di dimissione), e che sono seguite mediante assistenza territoriale. I caregivers coinvolti, appartenenti ad entrambi i sessi, non percepiscono alcuna retribuzione per l'attività di assistenza svolta, e spendono almeno 4 ore settimanali nell'assistere il proprio caro a domicilio.

Gli outcomes presi in considerazione dagli autori dello studio sono:

- livello di burden del familiare/caregiver (misurato con la Zarit Burden Interview-ZBI e l'Involvement Evaluation Questionnaire-IEQ)

- salute mentale generale dei caregivers (misurato con il General Health Questionnaire, nel formato di 28 items- GHQ-28, e con la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale -CES-D).

La strategia educativa messa in atto all'interno di questo studio è lo *Psychoeducational Intervention Program (PIP)*:

→ nasce dalla collaborazione di psichiatri, psicologi ed esperti della salute mentale (tra cui anche infermieri) con esperienza nel lavoro a contatto diretto con pazienti e caregivers;

→ persegue l'obiettivo di:

- a) aiutare il caregiver a focalizzarsi sulle proprie convinzioni negative al fine di identificarle e modificarle;
- b) permettere al caregiver di sviluppare un nuovo atteggiamento di coping per gestire meglio il carico assistenziale richiesto da una persona affetta da schizofrenia.

→ riprende l'approccio cognitivo-comportamentale e i principi-base di un altro programma educativo, sviluppato e proposto in uno studio precedente, risalente al 2003 (studio REACH-II): si tratta di un progetto educativo rivolto a caregivers di persone affette da demenza, successivamente riadattato per essere proposto a caregivers di persone affette da schizofrenia (lo Psychoeducational Intervention Program-PIP è frutto di tale arrangiamento). Il programma educativo proposto nello studio REACH-II fornisce ai caregivers educazione, capacità di gestione dei comportamenti difficili, supporto sociale, strategie per rielaborare stati emotivi negativi, per aumentare comportamenti salutari e per gestire lo stress;

→ si compone di 12 sedute di gruppo, settimanali, di 90-120 minuti ciascuna; per evitare che fatica e disattenzione vanifichino l'efficacia degli interventi messi in atto, è prevista una pausa di 15 minuti a metà di ogni seduta; ogni seduta propone:

- a) un momento introduttivo, in cui si rivede quanto è emerso durante le esercitazioni assegnate “per casa”;
- b) una lezione frontale, in cui si forniscono informazioni sul tema principale;
- c) un momento dedicato ad esercizi pratici, utili per mettere in pratica conoscenze ed abilità acquisite;

→ nel corso di ogni seduta, il caregiver riceve informazioni sul decorso clinico della schizofrenia e partecipa a percorsi di apprendimento di abilità assistenziali, di comunicazione, utili per creare situazioni piacevoli/di relax, per cercare supporto; apprende inoltre tecniche di rilassamento;

-> richiede una partecipazione attiva da parte dei caregivers (ad esempio, i partecipanti sono invitati a prendere parte a giochi di ruolo, in cui devono mettere in pratica le nuove abilità apprese per gestire i conflitti, ecc...);

-> è condotto da professionisti della salute mentale preparati dagli stessi ricercatori che hanno elaborato il programma.

Si segnala che sono attualmente disponibili due libri di testo: un manuale per il terapeuta, e un libro per il caregiver che segue il corso (<http://www.fundacion-iip.org/IIP/>).

### **Risultati**

Per lo studio sono stati reclutati 223 caregivers, assegnati in maniera casuale a due gruppi: il gruppo sperimentale (gruppo PIP; n=119), i cui componenti, oltre a ricevere il trattamento standard, hanno partecipato al programma Psychoeducational Intervention Program (PIP), e il gruppo controllo (gruppo CS; n=104), i cui componenti hanno ricevuto le sole cure standard.

Stando ai risultati ottenuti al termine dello studio, gli autori osservano che:

- i caregivers che hanno preso parte allo Psychoeducational Intervention Program (PIP) registrano una riduzione del livello di burden rispetto a coloro che hanno ricevuto il solo trattamento standard ambulatoriale; tale miglioramento permane nel corso di tutto il periodo di follow up; esso si osserva nella misurazione effettuata con la Zarit Burden Interview (ZBI) ( $p=0,006$ ). Anche la misurazione effettuata con l'Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) riporta una diminuzione del livello di burden, tuttavia si tratta di un dato non statisticamente significativo ( $p=0,118$ ).

Gli autori affermano che tale discrepanza tra i due valori può essere dovuta ai diversi parametri di misurazione: mentre la Zarit Burden Interview (ZBI) si focalizza sulle componenti soggettive del burden, percepite e riferite dal caregiver, l'Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) prende in considerazione anche aspetti oggettivi.

Gli autori, riconoscendo nel burden un fenomeno principalmente soggettivo, attribuiscono maggiore peso al dato ottenuto mediante l'uso della Zarit Burden Interview (ZBI), sostenendo quindi l'efficacia dello Psychoeducational Intervention Program (PIP) nel ridurre il livello di burden del caregiver che vi partecipa;

- i caregivers che hanno preso parte allo Psychoeducational Intervention Program (PIP) riportano un miglioramento dello stato di salute complessivo rispetto a coloro che hanno ricevuto il solo trattamento standard ambulatoriale; si segnala infatti una riduzione dei sintomi depressivi in base ai risultati ottenuti utilizzando la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ( $p=0,023$ ); tuttavia, non è possibile giungere alle stesse conclusioni se si osserva il dato ottenuto mediante l'utilizzo della General Health Questionnaire, nel format di 28 items (GHQ-28) ( $p=0,109$ ).

Anche in questo caso, tale discrepanza può essere spiegata, secondo gli autori, facendo riferimento ai diversi metri di misura adottati: la General Health Questionnaire, nel format di 28 items (GHQ-28) valuta solo i sintomi permanenti di depressione severa, mentre la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) prende in considerazione anche altri aspetti della depressione, sensibili agli interventi previsti dal programma PIP (come, ad esempio, sintomi motori e psicologici).

Per questa ragione, i ricercatori sostengono l'efficacia dello Psychoeducational Intervention Program (PIP) nel migliorare lo stato di salute generale dei caregivers.

**Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: A randomized controlled trial - A.A.Hasan et al. 2015 - Università di Nottingham (Regno Unito)**

*Studio Controllato Randomizzato*

### **Obiettivo**

Lo studio intende verificare l'efficacia di un programma educativo sperimentale nel migliorare lo stato psicosociale complessivo delle persone affette da psicosi schizofrenica e dei loro caregivers. Per fare ciò, gli autori effettuano un confronto tra l'esecuzione del

programma educativo, erogato insieme alle cure standard, e il solo trattamento convenzionale ambulatoriale.

### **Descrizione**

Stando ai criteri di selezione dichiarati dagli autori, lo studio coinvolge persone affette da schizofrenia (o da disturbo schizoaffettivo), di età superiore ai 18 anni, in cura presso centri di salute mentale, che non presentano disabilità di apprendimento, disturbi mentali di natura organica e dipendenza da sostanze stupefacenti. Sono individui che vivono in famiglia o a stretto contatto con il loro caregiver, e che non hanno partecipato in precedenza ad altri interventi educativi. I caregivers coinvolti assistono solo il paziente, e non si occupano di altre persone affette da patologie psichiche.

Gli outcomes dichiarati dagli autori sono:

- conoscenza della malattia (dei pazienti e dei caregivers; misurata con il Knowledge about Schizophrenia Questionnaire; KASQ)
- stato mentale (del paziente; misurato con la Positive and Negative Symptom Scale; PANSS);
- livello di burden del caregiver (misurato con la Family Burden Interview Scale; FBIS)
- qualità di vita dei caregivers (misurata con la Schizophrenic Carers' Quality of Life Scale; S-CQoL)
- numero di ricoveri.

La strategia educativa messa in atto nel corso dello studio:

- dura 12 settimane;
- consiste nella distribuzione di un opuscolo informativo, uno ogni 15 giorni, accompagnata da un follow up telefonico rivolto ai caregivers, per rispondere ad eventuali domande. Gli opuscoli sono a colori, stampati su due fogli formato A4, pensati per agevolare la lettura di coloro che soffrono di difficoltà di concentrazione; ogni informazione in essi contenuta è accompagnata da tabelle ed immagini, per agevolarne la comprensione;
- fornisce notizie, selezionate da tre psichiatri, sei infermieri e sei partecipanti, riguardanti:
  - diagnosi e miti sulla schizofrenia;
  - sintomi principali di malattia;

- strategie di coping utili per un'efficace gestione dei sintomi;
- opzioni di trattamento possibili;
- consigli per vivere meglio nonostante la malattia.

### **Risultati**

Lo studio coinvolge 121 persone affette da schizofrenia, assegnate in maniera casuale a due gruppi: il gruppo intervento (gruppo GI; n=58), i cui componenti hanno partecipato al programma educativo sperimentale, e il gruppo controllo (gruppo CS; n=63), i cui componenti hanno ricevuto le cure standard. Coloro che hanno preso parte al programma educativo sperimentale sono stati invitati dagli autori a non condividere le informazioni con altri pazienti.

Stando a quanto emerso, gli autori osservano come:

- le persone che prendono parte al programma educativo sperimentale mostrino un miglioramento progressivo:

→ della conoscenza della malattia (KASQ: gruppo GI-pazienti: da 7,97 a 14,50; gruppo GI-caregivers: da 9,45 a 16,74;  $p<0,001$ );

→ dello stato mentale (PANSS: gruppo GI-pazienti: da 97,22 a 61;  $p<0,001$ );

→ del livello di burden dei caregivers (FBIS: gruppo GI: da 28,26 a 18,84;  $p<0,01$ );

→ della qualità di vita dei caregivers (S-CQoL: gruppo GI: da 59,93 a 77,07;  $p<0,01$ ).

I ricercatori sottolineano come tali miglorie siano presenti anche a distanza di 3 mesi dalla fine del programma;

- le persone che prendono parte al programma educativo sperimentale mostrino una netta riduzione del numero di ricoveri (gruppo GI: da 23 a 4;  $p<0,001$ ) e della percentuale di interruzioni del trattamento (gruppo GI: da 39,7% a 24,1%;  $p<0,001$ );

Gli autori sostengono che tali osservazioni non possano essere estese a coloro che ricevono le sole cure standard: dai risultati, infatti, si osserva come essi, vadano incontro ad un lento peggioramento.

**An RCT with three-year follow-up of peer support groups for Chinese families of persons with schizophrenia** - W.T. Chien et al. 2013 - School of Nursing, Faculty of Health and Social Sciences, Polytechnic University di Hong Kong (Cina; con esponenti del team di ricerca provenienti dall'Australia)

*Studio controllato randomizzato*

### **Obiettivo**

Questo studio intende verificare l'efficacia di un programma sperimentale di gruppi di auto aiuto, rivolto a familiari e caregivers di persone affette da psicosi schizofrenica, nel migliorare lo stato mentale e la compliance del paziente, e nel risanare il funzionamento dell'intero nucleo familiare, riducendo il numero di ricoveri e migliorando l'utilizzo dei servizi di salute mentale.

Per fare ciò, i ricercatori operano un duplice confronto, comparando il programma sperimentale sia con un programma psicoeducativo convenzionale, sia con le cure standard ambulatoriali erogate presso il centro di salute mentale. Gli autori precisano che coloro che hanno preso parte ai programmi di gruppi di auto aiuto e di psicoeducazione convenzionale, hanno beneficiato comunque del trattamento standard ambulatoriale.

### **Descrizione**

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, lo studio coinvolge individui affetti da schizofrenia, di età superiore ai 17 anni che, al momento del reclutamento, vivono in famiglia, non presentano alcuna comorbidità psichiatrica e sono assistiti, da meno di 3 mesi, da caregivers sani.

Gli outcomes adottati da ricercatori sono:

- funzionamento globale del paziente (misurato con la Specific Level of Functioning Scale; SLOF)
- livello di burden dei caregivers (misurato con il Family Assessment Device; FAD)
- frequenza d'uso dei servizi sanitari psichiatrici (misurato con il Family Support Services Index; FSSI);
- numero e durata dei ricoveri.



Le strategie educative messe in atto nel corso di questo studio sono:

- *il programma sperimentale di gruppi di auto aiuto:*
  - dura 9 mesi, si compone di 14 sedute, ciascuna di 2 ore, una ogni 2 o 3 settimane;
  - si rivolge ai caregivers e ai familiari delle paziente;
  - incoraggia i partecipanti ad interagire tra loro e a condividere attività anche al di fuori delle sessioni terapeutiche;
  - nel corso della prima seduta viene eletto un leader, una persona che abbia già maturato una certa esperienza nell'assistenza a persone affette da schizofrenia; tale figura viene successivamente istruita sulla corretta gestione del gruppo, in osservanza delle norme del programma, e viene affiancata dai ricercatori;
  - utilizza tecniche di problem solving ed affronta temi difficili come lo stigma sociale, spesso associato alla malattia mentale e all'uso dei servizi sanitari psichiatrici;
- *il programma psicoeducativo convenzionale:*
  - si compone di 14 sedute, della durata di 2 ore ciascuna, una ogni due o tre settimane;
  - è tenuto da un infermiere;
  - punta al coinvolgimento della famiglia/del caregiver;
  - fornisce informazioni riguardo la malattia e il suo trattamento;
  - suggerisce strategie di problem solving e tecniche di caring;
  - illustra metodi di comunicazione efficace;
  - attua interventi utili ad aumentare la compliance farmacologica;
  - insegna a gestire in maniera efficace le crisi.

Gli autori segnalano che nella conduzione di entrambi questi gruppi (psicoeducazione e gruppi familiari di autoaiuto), ai pazienti viene chiesto di partecipare solo alle ultime 5 sedute, durante le quali vengono affrontati i seguenti argomenti:

- conoscenza della malattia e del trattamento;
- compliance farmacologica;
- possibilità di frequentare servizi di salute mentale.

I pazienti possono partecipare alle restanti sedute in accordo con i propri familiari.

I ricercatori continuano spiegando che sette esperti di salute mentale (psicologici, psichiatri ed infermieri) hanno monitorato l'andamento di entrambi i programmi visionando, di volta in volta, videotapes delle sedute e cercando di risolvere eventuali problemi insorti.

### **Risultati**

Lo studio ha coinvolto 106 partecipanti, assegnati in maniera casuale a tre gruppi di studio:

1. il gruppo intervento (gruppo GI; n=35), i cui componenti hanno partecipato al programma sperimentale di gruppi di auto aiuto;
2. il primo gruppo controllo (gruppo PC; n=35), i cui componenti hanno preso parte al programma di psicoeducazione convenzionale;
3. il secondo gruppo controllo (gruppo CS; n=36) costituito dai pazienti che hanno ricevuto le sole cure standard.

Dai risultati ottenuti, gli autori osservano che:

- coloro che partecipano al programma sperimentale di gruppi di auto aiuto e al programma di psicoeducazione convenzionale mostrano:  
→ un miglioramento del funzionamento globale dei pazienti (SLOF-punteggio totale: gruppo GI: da 128,3 a 170,8; gruppo PC: da 125,9 a 141,1;  $p<0,001$ ):  
→ una riduzione del livello di burden dei caregivers (FAD: gruppo GI: da 29,4 a 39,3; gruppo PC: da 28,9 a 30,1;  $p<0,005$ ).  
Tali miglioramenti permangono anche a distanza di 36 mesi dal termine del programma.

Per quanto concerne coloro che beneficiano delle sole cure standard, non si osservano cambiamenti particolarmente importanti; in alcuni casi si assiste invece ad un progressivo peggioramento delle condizioni iniziali (FAD: gruppo CS: da 28,4 a 26,5);

- non vi sono cambiamenti significativi nell'accesso ai servizi psichiatrici da parte dei pazienti e delle loro famiglie;
- il numero e la durata dei ricoveri dei pazienti i cui familiari partecipano al programma di gruppi di auto aiuto diminuiscono in maniera significativa nel corso dei 36 mesi dal termine del programma ( $n^{\circ}$  ricoveri: gruppo GI: da 2,1 a

1,3; gruppo PC: da 2,1 a 2;  $p<0,01$ ; durata ricoveri: gruppo GI: da 19 a 14; gruppo PC: da 20 a 18,9;  $p<0,01$ ).

**Randomized controlled trial of cognitive motivational therapy program for the initial phase of schizophrenia: a 6-month assessment** - C. Palma Sevillano *et al.* 2011

– Facoltà di Psicologia, Scienze dell'educazione e Scienze dello Sport, Università Ramon Llull University di Barcellona (Spagna; con esponenti del *team* di ricerca provenienti dal Regno Unito)

*Studio Controllato Randomizzato*

**Obiettivo**

Lo studio intende verificare l'efficacia di un programma psicoeducativo specifico per la prima fase della schizofrenia (PIPE), erogato insieme alla cure standard, rispetto al solo trattamento convenzionale ambulatoriale, nel migliorare la qualità di vita delle persone affette da psicosi schizofrenica.

**Descrizione**

In base ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, questa ricerca coinvolge individui affetti da schizofrenia di recente insorgenza (con diagnosi risalente ad un periodo inferiore ai 3 anni), che non presentano deficit cognitivi né linguistici. Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto mediante consultazione dei database dell'ospedale della città di Matarò (Spagna), in cui sono contenuti i nominativi dei pazienti in cura presso il reparto di psichiatria, il Day Hospital psichiatrico e il centro di salute mentale; è stato esaminato, inoltre, il database degli accessi al pronto soccorso, per individuare quelli avvenuti per motivi psichiatrici.

Gli outcomes adottati dagli autori sono:

- stato mentale (misurato con la Positive and Negative Rating Scale-PANSS e la Brief Psychiatry Rating Scale-BPRS)
- funzionamento globale (misurato con la Clinical Global Impression Scale-CGI e la Global Assessment of Functioning Scale-GAF)
- numero e durata dei ricoveri;
- numero di visite non programmate;
- numero di accessi al pronto soccorso;
- aumento del dosaggio farmacologico.

La strategia educativa messa in atto nel corso dello studio è il *programma sperimentale psicoeducativo PIPE*:

→ adopera tre tipi di interventi:

1. psicoeducazionale:

- *durata*: 4 sedute;

- *contenuto*: fornire al paziente e alla sua famiglia informazioni riguardanti la patologia;

- *obiettivi*:

a) aiutare il paziente ad essere consapevole della propria malattia, per renderlo maggiormente partecipe nella riduzione del rischio di riacutizzazioni e di isolamento sociale;

b) ridurre eventuali sensi di colpa nei familiari, e rinforzare la loro motivazione ad assistere la persona malata;

2. cognitivo-motivazionale individuale:

- *durata*: 20 sedute ( inizia durante la terza settimana del programma);

- *contenuto*: fornire al paziente gli strumenti necessari per affrontare deliri ed allucinazioni;

3. cognitivo-motivazionale familiare:

- *durata*: 10 sedute (in alcuni casi partecipano tutti i componenti della famiglia, in altri, invece, prendono parte alle sedute solo alcuni membri, dipende dal parere di chi conduce gli incontri);

- *contenuto*: insegnare modi di comunicare ed atteggiamenti che permettano l'instaurarsi di relazioni positive tra la persona malata e i membri della sua famiglia;

- *obiettivi*: come l'intervento cognitivo motivazionale individuale, anche quello familiare intende migliorare lo stato di salute del paziente e dei familiari in tutti i suoi molteplici aspetti;

→ persegue i seguenti obiettivi:

- motivare al cambiamento;

- acquisire la capacità di risolvere le ambivalenze;

- promuovere la compliance ai trattamenti farmacologici e educativi;

- aumentare le attività di vita quotidiane;

- maturare e mantenere abitudini che favoriscano una migliore cura ed igiene di sé;
- dura 12 mesi, si compone di 34 sedute, 1 alla settimana, ciascuna della durata di 45 minuti, svolte presso il centro di salute mentale;
- è attuato da un professionista sanitario adeguatamente preparato;
- viene monitorato mediante registrazioni audiovisive delle sedute.

### **Risultati**

Inizialmente, sono stati identificati 67 pazienti affetti da schizofrenia di recente insorgenza; di questi, 5 si sono trasferiti, 7 sono stati irraggiungibili, 19 non hanno accettato di partecipare allo studio e 2 si sono rivelati non schizofrenici.

Il campione dei partecipanti allo studio è quindi di 34 persone: 21 costituiscono il gruppo intervento (gruppo GI): essi, oltre a ricevere la terapia consueta, prendono parte anche al programma sperimentale PIPE; 13 fanno parte del gruppo controllo (gruppo CS), e ricevono le sole cure standard.

Dai risultati ottenuti, gli autori osservano che:

- coloro che partecipano al programma psicoeducativo PIPE mostrano miglioramenti (che perdurano anche a distanza di 6 mesi dalla fine dell'intervento) per quanto concerne:

→ lo stato mentale (PANSS: gruppo GI: da 23,42 a 6,58;  $p=0,000$ );

→ il funzionamento globale (GAF: gruppo GI: da 48,95 a 65,79  $p=0,002$ ; CGI: gruppo GI: da 4,54 a 3,57;  $p=0,002$ ).

I ricercatori sottolineano come tali miglorie non si verificano nel gruppo controllo: i componenti che beneficiano delle sole cure standard mostrano, anzi, un progressivo peggioramento del proprio stato di salute globale;

- coloro che prendono parte al programma sperimentale PIPE, rispetto a coloro che ricevono il solo trattamento ambulatoriale convenzionale, mostrano, a distanza di 6 mesi dal termine dell'intervento, una riduzione statisticamente significativa:

→ dell'aumento del dosaggio farmacologico (Aumento della terapia: gruppo GI: 13,34; gruppo CS: 20,21;  $p=0,016$ );

→ del numero complessivo di riacutizzazioni (Numero complessivo riacutizzazioni: gruppo GI: 13,37; gruppo CS: 20,17;  $p=0,022$ ).

Gli autori notano dei miglioramenti, seppur non statisticamente significativi, anche in altri ambiti:

→ numero di ricoveri (N° ricoveri: gruppo GI: 14,97; gruppo CS: 17,63;  $p=0,217$ ):

→ durata dei ricoveri (Durata ammissioni ospedaliere: gruppo GI: 1,5; gruppo CS: 4;  $p=0,076$ ):

→ numero di accessi al pronto soccorso (N° accessi pronto soccorso: gruppo GI: 14,26; gruppo CS: 18,75;  $p=0,105$ ).

**What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature - S.H. Macleod *et al.* 2011 – Università di Dundee, a Tayside (Regno Unito)**

*Articolo di revisione*

### **Obiettivo**

Lo studio intende individuare quali interventi concreti l'infermiere psichiatrico territoriale può mettere in atto per aiutare familiari/caregivers di persone affette da psicosi schizofrenica nel gestire in maniera efficace il burden.

### **Descrizione**

Per la realizzazione della presente revisione, è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno delle banche dati: Cinhal, Medline, Embase, PsycINFO, Web of Knowledge Social Sciences Citation Index e Cochrane Library. Sono state inoltre consultate riviste importanti del settore, come il Schizophrenia Bulletin. I documenti presi in considerazione sono pubblicati tra il 1980 e il 2008, e riguardano solo interventi infermieristici rivolti a caregivers adulti che assistono persone affette da schizofrenia.

Stando ai criteri di inclusione dichiarati dagli autori, i documenti inclusi sono diversi (RCTs, studi quasi sperimentali, studi non randomizzati, studi comparativi); tutti forniscono analisi quantitative degli esiti degli interventi infermieristici messi in atto nei confronti di familiari/caregivers che assistono persone affette da schizofrenia, e tutti riportano outcomes rilevanti (livello di burden, conoscenza della malattia, stato di salute, strategie di coping e di management).

## Risultati

La ricerca in letteratura ha permesso inizialmente di individuare 545 articoli eleggibili; successivamente, sono stati esclusi 396 articoli in quanto non rispondenti ai criteri di inclusione dichiarati. Sono stati quindi individuati 149 articoli; dopo un'ulteriore valutazione, 68 sono stati definitivamente inclusi.

Al termine della revisione, gli autori hanno suddiviso gli interventi educativi infermieristici individuati in 6 categorie:

1. Interventi educativi rivolti al singolo familiare/caregiver:

→ 10 studi riguardano questa prima tipologia di intervento terapeutico: di questi, 6 sono RCT;

→ il loro scopo è aumentare la conoscenza dei caregivers; tuttavia, essi permettono il raggiungimento anche di altri obiettivi importanti come: migliorare le strategie di coping o migliorare gli outcomes di salute dei familiari/caregivers;

→ sono eseguiti da un terapeuta, eccetto in due studi, in cui sono eseguiti rispettivamente da:

- un infermiere all'interno di un team di cura;

- dal solo infermiere esperto in materia;

→ hanno un'influenza sul livello di burden limitata: nei 5 studi che la discutono, solamente 1 studio quasi sperimentale riferisce che il distress provato dai caregivers si riduce nell'arco di 4-6 settimane di interventi educativi; nessuno dei restanti 4 studi riporta alcun effetto rilevante sullo stress;

→ sono ottimi per quanto riguarda l'aumento della conoscenza: 9 studi su 10 studi riferiscono un aumento delle conoscenze dei caregivers riguardo la schizofrenia e la sua gestione;

→ 1 studio non randomizzato valuta l'impatto di questi interventi sui sintomi, sull'ansia, sull'insonnia, sulla disfunzione sociale e sulla depressione dei caregivers, ma non riferisce alcun miglioramento.

2. Interventi educativi rivolti all'intero nucleo familiare:

→ 13 studi riguardano questa seconda tipologia di intervento terapeutico; di questi, 4 sono RCT;

→ sono eseguiti da un terapeuta, eccetto in 3 studi, in cui sono eseguiti da un infermiere quale membro di un team multidisciplinare;

→ 6 studi valutano il livello di burden del familiare/caregiver; 4 si concentrano sul grado di conoscenza della malattia, e i restanti studi valutano lo stato di salute mentale e fisica dei familiari;

→ sebbene non tutti gli studi siano concordi nel sostenere l'efficacia di tali interventi, gli autori della revisione affermano che i risultati ottenuti sono comunque incoraggianti in tal senso: il maggiore impatto è quello sull'aumento della conoscenza e sulla riduzione del livello di burden, presupposti per un aumento delle capacità di coping da parte dei membri della famiglia;

→ 1 studio riporta un aumento dell'auto efficacia e una riduzione del burden nei familiari/caregivers;

→ 2 dei 4 RCTs riportano una riduzione del livello di burden; i revisori sottolineano come la mancanza di un sistema di valutazione unico e validato per questo outcome generi delle difficoltà nel trovare risultati significativi sul piano statistico;

### 3. Interventi di supporto generico:

→ 29 studi riguardano questa terza tipologia di intervento terapeutico; di questi, 19 sono RCT;

→ sono stati eseguiti tutti da infermieri, sia in autonomia, che in qualità di membri di una equipe multidisciplinare;

→ l'evidenza più importante proviene da un intervento di terapia comportamentale familiare di Ian Faloon, psichiatra neozelandese (1940-2006), durato 23 ore, grazie al quale si è verificata una riduzione del livello di burden dei familiari/caregivers; tuttavia, solamente questo studio riferisce una riduzione del burden dopo un intervento cognitivo comportamentale familiare, per cui i revisori giungono alla conclusione che non vi sia alcuna prova evidente dell'efficacia di tale approccio nel trattamento del burden;

→ 3 studi riferiscono un aumento del coping;

→ 8 studi riferiscono un aumento del livello di conoscenza della malattia da parte del familiare/caregiver se l'intervento dura un anno;

→ 3 studi affermano che questi interventi migliorano lo stato di salute del caregiver (si registra una riduzione dei sintomi depressivi e un aumento del benessere).



4. Interventi educativi domiciliari:

→ 9 studi trattano questo argomento;

→ gli infermieri sono coinvolti nell'esecuzione di tutti gli interventi, e si tratta di interventi adatti a settings infermieristici territoriali;

→ 7 studi valutano il livello di burden del caregiver: di questi, 5 riferiscono una riduzione del burden a seguito dell'esecuzione del trattamento assertivo di comunità (ACT), del clinical case management, dell'home counseling e del supporto multidisciplinare.

5. Gruppi di auto aiuto tra pari:

→ 4 studi riguardano questo argomento;

→ sono condotti da infermieri;

→ incoraggiano l'adozione di strategie di problem solving e di coping;

→ i revisori riportano un aumento della conoscenza della malattia e un miglioramento dello stato di salute complessivo nei caregivers.

6. Interventi educativi giornalieri:

→ 3 studi affrontano tale argomento;

→ i revisori sottolineano che esiste un consistente numero di evidenze secondo cui tali interventi terapeutici aumenterebbero la conoscenza della schizofrenia nei caregivers; tuttavia, si tratta di interventi limitati, che non affrontano questioni essenziali dell'assistenza come, ad esempio, l'aumento delle strategie di coping, la riduzione del livello di burden o migliorare lo stato di salute.

### 3.2 Sintesi dei risultati

Stando a quanto emerso dalla revisione dei 14 articoli selezionati, le strategie più efficaci che un infermiere psichiatrico può mettere in atto per migliorare la qualità di vita della persona affetta da psicosi schizofrenica e dei suoi familiari, all'interno di un contesto assistenziale territoriale, sono:

- utilizzare programmi di PSICOEDUCAZIONE che permettano al paziente e ai suoi familiari di:
  - conoscere la malattia e i trattamenti farmacologici disponibili;
  - mettere in atto tecniche di coping, che di mantenere un livello di compliance accettabile;
  - ricorrere a tecniche di problem solving, utili nella gestione dei sintomi di malattia ed eventuali momenti di crisi;
  - riconoscere i segni indicatori di recidiva, in modo tale da prevenire eventuali riacutizzazioni di malattia;
- proporre ESERCIZI di AUTOEFFICACIA (come, ad esempio, giochi di ruolo oppure la stesura di un diario o l'utilizzo di tecniche di autoconsapevolezza corporea) che consentano agli assistiti di acquisire un ruolo attivo nella gestione della malattia;
- attuare un attento MONITORAGGIO degli outcomes di salute raggiunti dal paziente e dall'intero nucleo familiare, avvalendosi dell'uso di apposite scale di misurazione, di follow up telefonici e di interviste durante le visite domiciliari.



## CAPITOLO 4

### 4.1 Discussione

Gli studi selezionati sono stati condotti in Paesi differenti: alcuni provengono dall'Estremo Oriente (Cina, n=5; Giappone, n=2); altri dall'Occidente europeo (Finlandia= 1; Spagna, n=2; Regno Unito, n=3) ed extra europeo (USA=1); si tratta di documenti diversi sul piano scientifico: vi sono revisioni sistematiche (n=4); studi controllati randomizzati (n=9); articoli di revisione (n=1).

Nonostante l'eterogeneità geografica e il diverso peso nell'ambito delle evidenze, è stato possibile effettuare un confronto tra i diversi studi: tale operazione ha permesso innanzitutto di verificare l'esistenza di una possibile correlazione tra l'efficacia delle strategie educative infermieristiche che possono essere messe in atto sul territorio e l'azione farmacologica delle sostanze prescritte al paziente (con particolare riguardo per le sostanze antipsicotiche long acting di seconda generazione).

Le ricerche condotte da T. Kishimoto *et al.* (2013) e J.Tiihonen *et al.* (2011) dimostrano come i farmaci antipsicotici long acting siano più efficaci rispetto a qualsiasi altra forma di antipsicotico nel ridurre la mancanza di compliance ed il conseguente rischio di riospedalizzazione; inoltre, essi sono associati ad una diminuzione del numero e della durata dei ricoveri (Kishimoto, Nitta, Borenstein, Kane, & Correll, 2013; Tiihonen et al., 2011).

I dati forniti da J.Tiihonen *et al.* (2011) acquistano una certa rilevanza alla luce delle dichiarazioni fatte dagli autori, secondo cui questo sarebbe il primo studio (compiuto con un campione di grandi dimensioni, costituito interamente da pazienti non selezionati, affetti da schizofrenia, in cura presso centri di salute mentale) in cui verrebbero messi a confronto specifici trattamenti antipsicotici (orali vs depot) per verificarne l'effettiva efficacia clinica (in termini di aumento della compliance farmacologica e riduzione del numero di ricoveri) (Tiihonen et al., 2011). Una seconda revisione realizzata da T. Kishimoto *et al.* (2013), mette invece in evidenza come gli antipsicotici di seconda generazione, se considerati come classe farmacologica, siano più efficaci rispetto a quelli di prima generazione nel prevenire le riacutizzazioni di malattia (anche a distanza di 12

mesi) e nel diminuire il numero di ricoveri conseguenti ad una mancata compliance farmacologica (Kishimoto et al., 2013).

Considerate nel loro insieme, queste osservazioni supportano l'ipotesi secondo cui l'impiego di antipsicotici long acting di seconda generazione migliora la qualità di vita di chi li assume, in quanto riduce significativamente il numero di riacutizzazioni di malattia (e, di conseguenza, anche il numero di ricoveri ospedalieri) ed aumenta il livello di compliance farmacologica. La somministrazione di antipsicotici depot rappresenta un intervento infermieristico proprio del contesto assistenziale territoriale; esso permette di alleviare la gravità della sintomatologia psicotica e migliorare lo stato complessivo del paziente: la formula long acting consente un'assunzione del farmaco più dilazionata nel tempo (liberando il paziente dall'obbligo di dover osservare un regime terapeutico quotidiano) e garantisce una concentrazione ematica del principio attivo più costante nel periodo che intercorre tra una somministrazione e l'altra (Park et al., 2013; Spina et al., 2015). I farmaci antipsicotici di seconda generazione, inoltre, hanno la capacità di agire direttamente sulla dimensione interiore della persona, andando ad attenuare quei sintomi che maggiormente influenzano la sfera personale e relazionale. Tuttavia, come sottolinea G. Rossi *et al.* (2012), la sola somministrazione di farmaci antipsicotici, anche di quelli depot di seconda generazione, non assicura il raggiungimento di una migliore qualità di vita da parte del paziente e dei caregivers : è necessaria un'attività educativa complementare, che aumenti l'aderenza terapeutica e riduca il livello di burden (Rossi G, Frediani S, Rossi R, Rossi A., 2012).

La ricerca ha permesso di individuare una serie di interventi educativi che l'infermiere di salute mentale territoriale può mettere in atto per migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei suoi familiari; si tratta di strategie rivolte sia al singolo paziente, sia all'intero nucleo familiare.

Gli studi dedicati alle strategie educative rivolte al singolo paziente, indicano come risultati infermieristici finali l'attuazione di interventi di psicoeducazione individuali o di gruppo (Chien & Leung, 2013; Matsuda & Kohno, 2016); l'esercizio di interventi psicosociali ed educativi (Chien & Thompson, 2014; Chien, Mui, Gray, & Cheung, 2016); l'impiego di tecniche di problem solving (Chien & Thompson, 2014; Chien et al., 2016), di counselling e dell'intervista motivazionale (Chien et al., 2016); l'organizzazione di giochi di ruolo (Matsuda & Kohno, 2016); l'utilizzo di esercizi di auto consapevolezza

(controllo del respiro, esplorazione guidata delle sensazioni corporee) (Chien & Thompson, 2014); la stesura di un diario di auto monitoraggio (Chien et al., 2016).

Lo studio condotto da W.T.Chien *et al.* (2013) analizza il programma Needs-based Psychoeducation Programme (NPEP), una strategia psicoeducativa basata sui principi di caring infermieristico, condotta da un infermiere di salute mentale che consente al paziente di raggiungere una maggiore autoefficacia, ossia una migliore capacità di gestire autonomamente situazioni stressanti quotidiane e ridurre il numero di ricoveri. Utile sottolineare un aspetto interessante di questo intervento: esso prevede una valutazione iniziale dei bisogni di salute di ciascun paziente, alla quale segue una pianificazione condivisa tra paziente ed infermiere degli interventi necessari per rispondere alle esigenze individuate, ordinandole per priorità (Chien & Leung, 2013).

La ricerca svolta da W.T.Chien *et al.* (2016), riferisce invece significativi miglioramenti in coloro che hanno beneficiato degli interventi previsti dal programma educativo Adherence Therapy (AT), costituito da una serie di interventi psicosociali ed educativi messi in atto da un infermiere psichiatrico territoriale durante le visite domiciliari. Un dato interessante per la sua attinenza con i temi discussi in questa tesi, riguarda un miglioramento avvenuto in coloro che hanno partecipato al programma di Adherence Therapy nella sfera dei sintomi positivi ( $p < 0,001$ ) e in quella dei sintomi negativi ( $p < 0,005$ ) (Chien et al., 2016).

Gli studi riguardanti le strategie educative che coinvolgono paziente e familiari, invece, suggeriscono come risultati infermieristici finali l'attuazione di interventi di psicoeducazione individuale, familiare, di gruppo (anche di breve durata, ovvero massimo 10 incontri) (Macleod, Elliott, & Brown, 2011b; Martin-Carrasco et al., 2016; Palma-Sevillano C. et al., 2011; Xia, Merinder, & Belgamwar, ; Zhao et al., 2015); l'organizzazione di gruppi di auto aiuto (Chien & Leung, 2013); l'utilizzo di opuscoli informativi accompagnato da un follow up telefonico (Hasan, Callaghan, & Lymn, 2014); l'insegnamento di modi di comunicazione efficaci (Martin-Carrasco et al., 2016) e di tecniche di caring corrette (Chien & Leung, 2013; Martin-Carrasco et al., 2016); esercitazioni pratiche e giochi di ruolo (Martin-Carrasco et al., 2016); l'attuazione di tecniche cognitivo-motivazionali individuali e familiari (Palma-Sevillano C. et al., 2011). Lo studio condotto da J. Xia *et al.* (2011) afferma che qualsiasi intervento psicoeducativo (di breve o lunga durata, individuale o familiare) limita il bisogno di un aumento del

dosaggio dei farmaci ed allunga i periodi di stabilità e di benessere (si assiste infatti ad una riduzione dei fenomeni di ansia e depressione in tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza). Si evidenzia inoltre un incremento del grado di soddisfazione per i servizi di salute mentale e di un miglioramento la qualità di vita della persona malata e dei suoi caregivers (Xia et al., ). Interessante notare poi come la proposta educativa di A.A.Hasan *et al.* (2014) offra ai partecipanti l'opportunità di leggere le informazioni a proprio piacimento, permettendo alle persone di adattare le informazioni alle proprie necessità (Hasan et al., 2014).

La ricerca condotta da S.H.Macleod *et al.* (2011) fornisce una stima degli interventi educativi eseguiti dagli infermieri nel territorio (Macleod et al., 2011b):

- 1% interventi educativi rivolti al singolo familiare/caregiver;
- 25% interventi educativi rivolti all'intero nucleo familiare di supporto e gruppi di auto aiuto tra pari;
- 32% interventi di supporto familiare generico;
- 100% interventi educativi domiciliari e giornalieri (gli interventi domiciliari sono tra i più efficaci nel ridurre il livello di burden dei familiari).

Un'analisi complessiva dei risultati riportati dai singoli studi permette di osservare come l'attuazione degli interventi infermieristici individuati consenta un miglioramento della compliance farmacologica (Chien et al., 2016; Matsuda & Kohno, 2016; Xia et al., ; Zhao et al., 2015), del funzionamento globale (Chien & Leung, 2013; Chien et al., 2016; Palma-Sevillano C. et al., 2011; Xia et al., ; Zhao et al., 2015), della capacità di vivere all'interno di un contesto sociale comunitario (Chien & Thompson, 2014) e della qualità di vita (Hasan et al., 2014; Xia et al., ; Zhao et al., 2015); si osserva poi una riduzione del livello di burden riferito dai caregivers (Chien & Leung, 2013; Hasan et al., 2014; Martin-Carrasco et al., 2016) e del numero e della durata dei ricoveri (Chien & Leung, 2013; Chien & Thompson, 2014; Chien et al., 2016; Hasan et al., 2014; Palma-Sevillano C. et al., 2011; Xia et al., ).

La rassegna delle evidenze scientifiche prese in esame supporta l'ipotesi secondo cui l'infermiere di salute mentale può migliorare la qualità di vita della persona affetta da psicosi schizofrenica e dei suoi familiari, attraverso interventi educativi messi in atto all'interno di un contesto assistenziale territoriale (ambulatoriale o domiciliare); inoltre,

permette l'identificazione di una comune strategia d'intervento, a sottolineare l'omogeneità dei risultati.

In particolar modo, si vuol mettere in evidenza l'importanza attribuita alla psicoeducazione, approccio educativo presente in tutti i testi analizzati, compresi quelli non selezionati. La ricerca in letteratura sottolinea il crescente interesse che questa forma di educazione desta presso i ricercatori e le diverse figure che operano nell'ambito della salute mentale, non ultima quella dell'infermiere.

## **4.2 Implicazioni per la pratica**

L'utilizzo di tecniche psicoeducative ha importanti implicazioni per la pratica clinica, in primis la capacità di ridurre l'impatto dei fenomeni dell'autostigmatizzazione e della stigmatizzazione sociale sulla vita del paziente, due aspetti particolarmente significativi se messi in correlazione con quanto si è potuto osservare in occasione di alcuni colloqui avvenuti tra personale sanitario (medico ed infermieristico) ed alcuni pazienti, tenutisi durante l'esperienza di tirocinio trascorsa in Day Hospital psichiatrico. Durante questi colloqui, i pazienti hanno più volte sottolineato il disagio provato nell'assumere la terapia farmacologica, continuo rimando alla loro condizione precaria e svantaggiata, che li porta ad avere una scarsa considerazione di sé; a questo si aggiunge la convinzione che assumere terapia antipsicotica sia motivo di pregiudizi da parte di coloro che li circondano. Gli studi condotti da W.T. Chien *et al.* (2013) e T. Uchino *et al.* (2012) affrontano in maniera esaustiva entrambi questi fenomeni, mettendo in luce il ruolo primario della psicoeducazione e della relazione terapeutica (Chien & Leung, 2013; Uchino, Maeda, & Uchimura, 2012).

Il personale infermieristico operante all'interno di un centro di salute mentale della provincia di Padova, che si occupa dell'assistenza territoriale di persone affette da gravi disturbi mentali, utilizza di prassi la psicoeducazione, mettendo in atto una serie di interventi che trovano un solido riscontro nella letteratura scientifica.

Si coglie quindi l'opportunità di presentare, in questa sede, la proposta di una strategia educativa infermieristica, attuabile in un contesto territoriale, utile al miglioramento della qualità di vita di persone affette da psicosi schizofrenica e dei loro familiari; si tratta di un breve elenco di indicazioni di carattere generale, tratte interamente dalla letteratura



presa in esame in questa sede che, nel suo insieme, attribuisce valore scientifico ad un agire clinico già consolidato.

Si è prestata particolare attenzione agli interventi educativi infermieristici già in atto nella realtà clinica di riferimento, al fine di stilare un progetto che ne valorizzi i punti di forza (numerosi corsi ricreativi; presenza di un gruppo familiare) mediante l'integrazione di interventi semplici, nuovi ed *evidence based*, concretamente attuabili e capaci di suscitare un effettivo interesse da parte degli operatori coinvolti.

La proposta non vuol essere uno studio approfondito ed esauriente di tutti i possibili interventi educativi infermieristici attuabili nella presa in carico territoriale di persone affette da schizofrenia e dei loro caregivers, bensì intende proporre uno spunto di riflessione, un piccolo esempio di come azioni messe in atto quotidianamente trovino la loro ragion d'essere nella letteratura scientifica, la quale conferma la correttezza e la professionalità dell'agire dell'operatore.

Gli interventi generici proposti appartengono all'ambito della psicoeducazione individuale/di gruppo rivolta al paziente e ai familiari; essi sono:

- effettuare lezioni frontali in cui l'infermiere fornisce informazioni semplici, chiare ed esaustive sulla malattia, sugli interventi terapeutici (farmacologici e non) per affrontarla e gestirla in maniera efficace, sui servizi socio sanitari offerti, sul fenomeno del burden dei caregivers;
- utilizzare manuali o testi di riferimento, necessari per condurre in maniera coerente e coesa gli incontri formativi e per permettere a coloro che lo desiderino di poter accedere personalmente a fonti d'informazione attendibili;
- insegnare tecniche di problem solving;
- ricorrere al counselling;
- avvalersi dell'utilizzo di supporti audio/visivi (DVD; slides, filmati) durante gli incontri terapeutici per aumentare il coinvolgimento dei partecipanti;
- insegnare tecniche di autoconsapevolezza (esercizi di respirazione controllata; di esplorazione delle sensazioni corporee);
- invitare i partecipanti a prendere parte a giochi di ruolo e ad esercitazioni pratiche di quanto appreso durante le sedute;
- suggerire ai partecipanti di scrivere un diario di auto monitoraggio.

Tale proposta educativa intende correggere idee sbagliate riguardanti la patologia e i farmaci antipsicotici, garantire supporto emotivo, fornire informazioni semplici ed attendibili sulla malattia (elencandone segni e sintomi) e sui trattamenti possibili, aiutare pazienti e caregivers ad adottare strategie di gestione efficaci che riducano senso di impotenza, paure e preoccupazioni. Per tale ragione, si suggerisce l'insegnamento di tecniche di caring corrette, di modalità di comunicazione efficaci e di strategie utili al caregiver per gestire lo stress, recuperando l'importanza del tempo libero e degli hobbies. Gli esiti di salute riguardanti il paziente perseguiti dalla strategia educativa proposta consistono in un aumento della compliance farmacologica e del livello di insight, accompagnato da una riduzione del numero di recidive e di riospedalizzazioni attraverso il raggiungimento di un funzionamento individuale globale migliore (anche sul piano sociale).

Gli esiti di salute riguardanti familiari e caregivers, invece, prevedono un aumento della conoscenza della malattia, un miglioramento dello stato mentale associato ad una riduzione del livello di burden.

La strategia punta ad un generale miglioramento della qualità di vita della persona malata e dell'intero nucleo familiare.

### **4.3 Limitazioni**

Il presente lavoro mostra le seguenti limitazioni: in primo luogo, alcuni studi prendono in considerazione pazienti “di recente diagnosi”, ovvero soggetti che, in seguito ad un primo episodio psicotico, vivono delle riacutizzazioni di malattia; i documenti dimostrano che anche tali individui traggono beneficio dagli interventi educativi infermieristici messi in atto, a sottolineare la possibilità per l'infermiere di poter intervenire da subito per migliorare il decorso della malattia.

In secondo luogo, una revisione selezionata prende in considerazione solo studi osservazionali; lo studio condotto da P.M.Llorca *et al.* (2013) pone in evidenza come, sebbene gli studi controllati randomizzati siano ritenuti il “gold standard” nell'ambito della ricerca scientifica, l'utilizzo di tale modello nell'analisi dell'efficacia di una sostanza farmacologica solleva alcuni dubbi, in quanto esso altera la realtà clinica in cui i farmaci sono abitualmente utilizzati (ad esempio, il campione è costituito da pazienti che

rispondono a determinate caratteristiche, e vi è uno stretto monitoraggio degli esiti di salute raggiunti). Per questo motivo, gli autori l'uso suggeriscono l'utilizzo del modello proprio degli studi osservazionali, in quanto più aderente alle reali condizioni cliniche in cui tali sostanze sono prescritte, somministrate ed assunte (Llorca et al., 2013).

In terzo luogo, non si può dimenticare l'eterogeneità geografica dei diversi studi presi in considerazione; molti studi sono stati condotti in realtà culturalmente molto diverse da quella italiana, il che potrebbe influire sul grado di efficacia degli interventi educativi descritti.

Un'ulteriore limitazione riguarda la mancata dichiarazione, da parte di alcuni studi, del professionista sanitario che mette in atto gli interventi educativi considerati: si tratta di documenti che non riportano alcun riferimento diretto ad uno specifico profilo professionale, per cui sono stati inclusi partendo dal presupposto che qualsiasi professionista sanitario, adeguatamente formato, sia in grado di mettere in atto le strategie educative analizzate.

La maggior parte degli studi analizzati non dichiara esplicitamente il coinvolgimento di persone in terapia con farmaci antipsicotici long acting (anche di seconda generazione), tuttavia tutti i documenti scelti riguardano pazienti seguiti in un contesto assistenziale territoriale, prevalentemente ambulatoriale, senza alcuna restrizione circa il regime farmacologico assunto.

Alcuni studi incentrati sulle strategie educative rivolte all'intero nucleo familiare non mostrano significativi miglioramenti dello stato di salute dei caregivers (sebbene vi sia una lieve diminuzione del livello di burden); inoltre, essi si basano su livelli di burden riferiti da un solo familiare (è possibile che i valori riferiti non rispecchino il burden provato dagli altri membri della famiglia).

Infine, si ritiene opportuno sottolineare alcuni aspetti critici sollevati dalla revisione realizzata da J. Xia (2011). Essa fa riferimento a studi molto datati, che non sempre dichiarano il metodo di randomizzazione utilizzato, e che presentano risultati talmente eterogenei da sollevare dubbi sul loro grado di rappresentatività clinica (in particolar modo, in riferimento all'efficacia degli interventi psicoeducativi nel migliorare lo stato mentale, il funzionamento globale e la qualità di vita). Gli autori dello studio sottolineano la necessità di effettuare ulteriori ricerche a proposito, utilizzando sistemi di misurazione validati ed omologati, per trarre conclusioni più attendibili. Di fatto, questo studio

contraddice i risultati dichiarati in questa sede, sollevando dubbi sull'effettiva efficacia clinica degli interventi psicoeducativi in generale. Si tratta di un punto di vista diverso, che offre una chiave di lettura critica dell'argomento principale, e che proprio per questa ragione è stato inserito. Fine ultimo di questo lavoro è offrire al professionista gli strumenti utili per agire in maniera consapevole, informata e il più possibile basata sulle evidenze scientifiche.



## CONCLUSIONI

La schizofrenia rappresenta la più grave patologia psichiatrica per intensità della sintomatologia, elevata tendenza ricorrenza degli episodi, per frequente cronicizzazione e per la possibile evoluzione verso un quadro di deterioramento clinico e psicosociale (Spina et al., 2015).

La presa in carico del paziente con disturbo mentale grave e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale: formulata la diagnosi di disturbo schizofrenico ed effettuata la valutazione del funzionamento personale e sociale, il CSM attiva per il paziente ed i suoi familiari interventi di natura multiprofessionale, effettuati in ambulatorio e nel contesto di vita del paziente. Gli operatori del servizio di salute mentale hanno contatti regolari con i familiari dei pazienti; pongono attenzione alle loro opinioni e valutano periodicamente i loro bisogni all'interno del piano di cura; ai pazienti soggetti a frequenti ricadute e/o che esprimono preferenza per tale terapia, viene offerto un trattamento con farmaci antipsicotici depot, seguendo dosaggi, frequenza di somministrazione e controlli clinici previsti; inoltre, vengono offerti interventi di carattere psicoeducativo che coinvolgono anche le famiglie e che mirano all'inclusione sociale e alla guarigione (Conferenza unificata 13/11/2014 atto n°137/CU.).

Questo lavoro di tesi supporta l'efficacia di tali interventi, erogati dall'infermiere durante l'attività assistenziale territoriale, sottolineando una possibile correlazione tra la potenzialità curativa di tali strategie e i benefici derivanti dall'assunzione di farmaci antipsicotici long acting di seconda generazione. In particolar modo, si giunge alla conclusione che l'attuazione complementare di questi due interventi infermieristici (somministrazione di farmaci ed erogazione di strategie educative) migliora la compliance farmacologica delle persone affette da schizofrenia, permettendo loro di raggiungere ottimi risultati sia sul piano sociale che clinico (Barnes & Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology, 2011; Gentile, 2013; Guo et al., 2010; Llorca et al., 2013). L'uso combinato di farmaci ed interventi psicosociali è raccomandato per la gestione della schizofrenia, e l'infermiere ricopre un ruolo importante in questo percorso di guarigione: attraverso interventi educativi mirati,

basati sulla relazione terapeutica ed un processo decisionale condiviso, egli fornisce l'aiuto ed il supporto necessari per contrastare i fenomeni dell'autostigmatizzazione e della stigmatizzazione sociale, aumentando al contempo i livelli di autoefficacia di tutti i soggetti coinvolti (Guo et al., 2010; Macleod et al., 2011a; Tatarelli, 2009).

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2008). *Enciclopedia medica italiana: III aggiornamento della seconda edizione*, Torino, UTET
- Barnes, T. R., & Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. (2011). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Recommendations from the british association for psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 25(5), 567-620. doi:10.1177/0269881110391123 [doi]
- Besenius, C., Clark-Carter, D., & Nolan, P. (2010). Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 452-462. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01550.x [doi]
- Biondi, M., & Cortina, R. (a cura di). (2014). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, edizioni R. Cortina
- Cella, S.G. (a cura di). (2010). *Farmacologia generale e speciale per le lauree sanitarie*, Padova, Piccin
- Chien, W. T., & Leung, S. F. (2013). A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up. *International Journal of Nursing Practice*, 19 Suppl 1, 3-13. doi:10.1111/ijn.12015 [doi]
- Chien, W. T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised



- controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 42-016-0744-6. doi:10.1186/s12888-016-0744-6 [doi]
- Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 205(1), 52-59. doi:10.1192/bjp.bp.113.134635 [doi]
- Conferenza unificata 13/11/2014 atto n°137/CU. Retrieved from [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_045559\\_137 CU PUNTO 6 ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045559_137_CU_PUNTO_6_ODG.pdf)
- Correll, C. U. (2014). Recognition of patients who would benefit from LAI antipsychotic treatment: How to assess adherence. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(11), e29. doi:10.4088/JCP.13024tx3c [doi]
- Geerts, P., Martinez, G., & Schreiner, A. (2013). Attitudes towards the administration of long-acting antipsychotics: A survey of physicians and nurses. *BMC Psychiatry*, 13, 58-244X-13-58. doi:10.1186/1471-244X-13-58 [doi]
- Gentile, S. (2013). Adverse effects associated with second-generation antipsychotic long-acting injection treatment: A comprehensive systematic review. *Pharmacotherapy*, 33(10), 1087-1106. doi:10.1002/phar.1313 [doi]
- Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., . . . Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 895-904. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.105 [doi]
- Hasan, A. A., Callaghan, P., & Lymn, J. S. (2014). Evaluation of the impact of a psychoeducational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with schizophrenia and their caregivers in jordan: A randomized

- controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 17-244X-14-17. doi:10.1186/1471-244X-14-17 [doi]
- [Http://www.fundacion-iip.org/IIP/](http://www.fundacion-iip.org/IIP/). Retrieved from <http://www.fundacion-iip.org/IIP/>
- Kishimoto, T., Nitta, M., Borenstein, M., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2013). Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(10), 957-965. doi:10.4088/JCP.13r08440 [doi]
- Lafeuille, M. H., Laliberte-Auger, F., Lefebvre, P., Frois, C., Fastenau, J., & Duh, M. S. (2013). Impact of atypical long-acting injectable versus oral antipsychotics on rehospitalization rates and emergency room visits among relapsed schizophrenia patients: A retrospective database analysis. *BMC Psychiatry*, 13, 221-244X-13-221. doi:10.1186/1471-244X-13-221 [doi]
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-28. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657 [doi]
- Llorca, P. M., Abbar, M., Courtet, P., Guillaume, S., Lancrenon, S., & Samalin, L. (2013). Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 13, 340-244X-13-340. doi:10.1186/1471-244X-13-340 [doi]
- Macleod, S. H., Elliott, L., & Brown, R. (2011a). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005 [doi]

- Macleod, S. H., Elliott, L., & Brown, R. (2011b). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005 [doi]
- Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A. I., Goncalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P., . . . EDUCA-III Group. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 33, 9-17. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.003 [doi]
- Matsuda, M., & Kohno, A. (2016). Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 581-586. doi:10.1016/j.apnu.2016.03.008 [doi]
- Okpokoro, U., Adams, C. E., & Sampson, S. (2014). Family intervention (brief) for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):CD009802. doi(3), CD009802. doi:10.1002/14651858.CD009802.pub2 [doi]
- Palma-Sevillano C., CaneTe-Crespillo J., Farriols-Hernando N., Cebria-Andreu J., Michael M., Alonso-Fernandez I., . . . Segarra-Gutierrez G. (2011). Randomized controlled trial of cognitive motivational therapy program for the initial phase of schizophrenia: A 6-month assessment.
- Pancheri, P. (2007). *La schizofrenia*, Milano, Elsevier Masson
- Park, E. J., Amatya, S., Kim, M. S., Park, J. H., Seol, E., Lee, H., . . . Na, D. H. (2013). Long-acting injectable formulations of antipsychotic drugs for the treatment of

- schizophrenia. *Archives of Pharmacal Research*, 36(6), 651-659.  
doi:10.1007/s12272-013-0105-7 [doi]
- Petretto, D. R., Preti, A., Zuddas, C., Veltro, F., Rocchi, M. B., Sisti, D., . . . SPERA-S group. (2013). Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 323-6215-14-323. doi:10.1186/1745-6215-14-323 [doi]
- Raucci, V., & Spaccapeli, G. (2013). *Fondamenti di infermieristica in salute mentale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- Rossi G, Frediani S, Rossi R, Rossi A. (2012). Long-acting antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia: Use in daily practice from naturalistic observations . *BMC Psychiatry*, 12:122(doi:10.1186/1471-244X-12-122)
- Saladin, K. S. (2011). *Anatomia e fisiologia*, Padova, Piccin
- Samalin, L., Charpeaud, T., Blanc, O., Heres, S., & Llorca, P. M. (2013). Clinicians' attitudes toward the use of long-acting injectable antipsychotics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(7), 553-559.  
doi:10.1097/NMD.0b013e31829829c4 [doi]
- Spina, E., Canonico, P. L., & de Bartolomeis, A. (2015). Antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione nel trattamento della schizofrenia. *Società Italiana Di Farmacologia*, Supplemento ordinario n° 37 alla gazzetta ufficiale n° 42 - 20/02/1997. (20 febbraio 1997). *Supplemento Ordinario N° 37 Alla Gazzetta Ufficiale N° 42*,
- Tatarelli, R. (2009). *Manuale di psichiatria e salute mentale per le lauree sanitarie*, Padova, Piccin
- Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P. M., Patel, M. X., & Korhonen, P. (2011). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization

- for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 168(6), 603-609.  
doi:10.1176/appi.ajp.2011.10081224 [doi]
- Uchino, T., Maeda, M., & Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume Medical Journal*, 59(1-2), 25-31. doi:DN/JST.JSTAGE/kurumemedj/59.25 [pii]
- Won, M. R., Lee, K. J., Lee, J. H., & Choi, Y. J. (2012). Effects of an emotion management nursing program for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 54-62. doi:10.1016/j.apnu.2011.02.006 [doi]
- www.epicentro.iss.it.Retrieved from  
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/schizofrenia/schizo.asp>
- www.who.int. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4):CD010823. doi(4), CD010823. doi:10.1002/14651858.CD010823.pub2 [doi]

## **Allegati**



Allegato 1 – Tabella risultati della ricerca

Banche dati	Parole chiave	Articoli trovati	Articoli selezionati	Titoli articoli selezionati
Pubmed	<p>((("Antipsychotic Agents/therapeutic use"[Mesh]) AND "Delayed-Action Preparations"[Mesh]) AND "Schizophrenia/drug therapy"[Mesh]) AND "Treatment Outcome"[Mesh]</p> <p>Filtri: 10 anni</p>	147	1	<p><b>A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia</b>, Tiihonen J., Haukka J., Taylor M., Haddad P.M., Patel M.X., Korhonen P., Giugno 2011 Doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10081224</p>
	<p>((("Antipsychotic Agents/therapeutic use"[Mesh]) AND "Schizophrenia/drug therapy"[Mesh]) AND "Schizophrenia/prevention and control"[Mesh])</p> <p>Filtri: 5 anni</p>	53	1	<p><b>Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second generation antipsychotics versus first generation antipsychotics</b>, Kishimoto T., Agarwal V., Kishi T., Leucht S., Kane J.M., Correll C.U., Gennaio 2013 Doi: 10.1038/mp.2011.143</p>
	<p>((("Antipsychotic Agents"[Mesh]) AND "Delayed-Action Preparations"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh])</p> <p>Filtri: 10 anni</p>	136	1	<p><b>Long acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta analysis of mirror image studies</b>, Kishimoto T., Nitta M., Borenstein M., Kane J.M., Correll C.U., Ottobre 2013 Doi: 10.4088/JCP.13r08440</p>
Elsevier	<p><i>Antipsychotic medication adherence AND psychiatric nursing interventions AND stigma</i></p>	194	2	<p><b>Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia</b>, Matsuda M., Kohno A., Ottobre 2016 Doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.008</p>
				<p><b>What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature</b>, Macleod S.H., Elliot L., Brown R.,</p>



Banche dati	Parole chiave	Articoli trovati	Articoli selezionati	Titoli articoli selezionati
				Gennaio 2011 Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005
Chocrane Library	<i>Mental Health-Schizophrenia &amp; psychosis (in CDSR-Cochrane Database of Systematic Review- "Mental Health")</i>	268	2	<b>Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness</b> , Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B., Aprile 2015 Doi: 10.1002/14651858.CD010823.pub
				<b>Psychoeducation for schizophrenia</b> , Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R., Giugno 2011 Doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2
	<i>Schizophrenia AND psychoeducation (in Cochrane Central Register of Controlled Trials)</i>	143	7	<b>A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia</b> , Martin-Carrasco M., Fernandez-Catalina P., Dominguez-Panchon A.I., Goncalves-Pereira M., Gonzalez-Fraile E., Munoz-Hermoso P., Ballesteros J., Marzo 2016 Doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.003
				<b>Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised controlled trial</b> , Chien W.T., Mui J., Gray R., Cheung E., Febbraio 2016 Doi: 10.1186/s12888-016-0744-6
				<b>Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up</b> , Chien W.T., Thompson D.R., Luglio 2014 Doi: 10.1192/bjp.bp.113.134635

Banche dati	Parole chiave	Articoli trovati	Articoli selezionati	Titoli articoli selezionati
				<b>Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: A randomized controlled trial</b> , Hasan A.A., Callaghan P., Lymn J.S., Gennaio 2014 Doi: 10.1186/1471-244X-14-17.
				<b>An RCT with three-year follow-up of peer support groups for Chinese families of persons with schizophrenia</b> , Chien W.T., Thompson D.R., Ottobre 2013 Doi: 10.1176/appi.ps.201200243
				<b>A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up</b> , Chien W.T., Leung S.F., Febbraio 2013 Doi: 10.1111/ijn.12015
				<b>Randomized controlled trial of cognitive motivational therapy program for the initial phase of schizophrenia: a 6-month assessment</b> , Palma-Sevillano C., CaneTe-Crespillo J., Farriols-Hernando N., Cebria-Andreu J., Michael M., Alonso-Fernandez I., Fernandez-Vargas M., Segarra-Gutierrez G., 2011 //



